

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Стоматологічний факультет

МАТЕРІАЛИ

науково-практичної конференції
за міжнародної участі
«Актуальні питання сучасної стоматології»,
присвяченої 100-річчю стоматологічного факультету
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця

Київ
Видавництво “КНИГА-ПЛЮС”
2021

УДК 616.31:378.4 (042.5)

М43

Матеріали науково-практичної конференції за міжнародної
участі «Актуальні питання сучасної стоматології», присвяченої
100-річчю стоматологічного факультету Національного
медичного університету імені О.О. Богомольця
18-19 березня 2021 р., м. Київ

Укладачі: Канюра О.А., Біденко Н.В., Філоненко В.В.

ISBN 978-966-460-136-5

© Канюра О.А., Біденко Н.В.,
Філоненко В.В., 2021

Конференцію внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та конференцій Міністерства освіти і науки України (Державна наукова установа «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації») 2021 рік (Посвідчення № 432 від 29 вересня 2020 р.).

Організатори конференції:

- Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, стоматологічний факультет



Співорганізатори:

- Асоціація стоматологів України
- Українська Асоціація черепно-щелепно-лицевих хірургів
- Українська Асоціація профілактичної та дитячої стоматології
- Українська Асоціація стоматологічної освіти



ADE-UA

Організаційний комітет науково-практичної конференції за міжнародної участі «Актуальні питання сучасної стоматології», присвяченої 100-річчю стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця:

- *Ю.Л. Кучин* – ректор університету, професор
- *О.А. Канюра* – проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи, професор
- *С.В. Земсков* – проректор з наукової роботи та інновацій, професор
- *Р.Л. Скрипник* – проректор з науково-педагогічної роботи, міжнародних зв'язків та європейської інтеграції, професор
- *Н.В. Біденко* – декан стоматологічного факультету, професор

- *А.В. Борисенко* – завідувач кафедри терапевтичної стоматології, професор
- *В.О. Маланчук* – член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, професор
- *В.П. Неспрядько* – завідувач кафедри ортопедичної стоматології, професор
- *О.В. Савичук* – завідувач кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань, професор
- *П.С. Фліс* – завідувач кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології, професор
- *Л.М. Яковенко* – завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку, професор
- *А.В. Копчак* – директор Стоматологічного медичного центру, професор
- *Я.А. Кульбашина* – професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
- *Л.О. Хоменко* – професор кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань
- *І.Л. Скрипник* – доцент кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології
- *В.В. Філоненко* – заступник декана стоматологічного факультету, доцент
- *О.І. Коваль* – заступник декана стоматологічного факультету, професор
- *А.О. Мельник* – заступник декана стоматологічного факультету, доцент
- *Є.І. Марцинюк* – в.о. голови студентської ради стоматологічного факультету
- *А.О. Крунич* – голова Студентського наукового товариства імені О.А. Киселя стоматологічного факультету

Усі публікації наведено зі збереженням наукових думок і творчих рішень авторів. Організаційний комітет не завжди поділяє думки авторів публікацій. Жодну публікацію не можна копіювати, дублювати та використовувати в будь-якому вигляді без письмової згоди авторів та видавців Матеріалів конференції.

ОРГКОМІТЕТ ВИСЛОВЛЮЄ ЩИРУ ПОДЯКУ

***керівництву Національного медичного університету імені
О.О. Богомольця, лекторам, авторам публікацій за підтримку
та участь в роботі науково-практичної конференції***

ШАНОВНІ УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ, ДОРОГІ КОЛЕГИ!



Науково-практична конференція «Актуальні питання сучасної стоматології» зібрала навколо себе фахівців з різних міст України і зарубіжних країн. В обширній програмі представлено доробок наукових шкіл у різних галузях стоматології, а також актуальні питання стоматологічної освіти в умовах викликів сьогодення. Поважний склад спікерів, у тому числі зарубіжних, та велика кількість надісланих матеріалів конференції, що охоплюють широкий спектр проблем сучасної стоматології, свідчать про глибоку повагу української наукової спільноти до найстаршого в Україні стоматологічного факультету, про заслужене визнання Київської наукової стоматологічної школи. Протягом ста років стоматологічний факультет Національного медичного університету імені О.О.Богомольця виховав багато поколінь висококваліфікованих фахівців, які успішно працювали і працюють на теренах охорони здоров'я як в Україні, так і за її межами. Професори і викладачі факультету є потужним згуртованим колективом, чия педагогічна робота та наукові здобутки забезпечують невідпинне зростання якості підготовки стоматологічних кадрів і стрімкий розвиток як фундаментальних медичних засад, так і рівня практичної стоматології. Широта поглядів, нерозривна єдність із загальномедичними дисциплінами, новаторство, використання сучасних підходів і технологій, постійний зв'язок з практичною охороною здоров'я завжди характеризували стоматологічну наукову школу нашого Університету, і зміст ювілейної науково-практичної конференції вкотре яскраво це підтверджує. Бажаю стоматологічному факультету НМУ імені О.О.Богомольця подальшого розвитку, нових звершень, міжнародного визнання наукових і практичних здобутків, а учасникам ювілейного наукового форуму – плідної праці, цікавого професійного спілкування і натхнення на нові звершення.

*Ректор
Національного медичного університету
імені О.О.Богомольця
професор*

A stylized handwritten signature in blue ink, consisting of a large 'Y' and 'K' intertwined.

Юрій КУЧИН

ШАНОВНІ КОЛЕГИ!



Найстарший на теренах України стоматологічний факультет відзначає своє століття. Протягом усього цього часу на шляху його розвитку і становлення траплялись різні періоди. Період громадянської війни, політичні репресії, евакуація під час другої світової війни, перебування і розпад Радянського Союзу, створення Незалежної України – на цьому історичному тлі виростав, розбудовувався, зміцнювався факультет. І сьогодні ми з гордістю відзначаємо співробітників і студентів факультету, які з честю і гідністю відстоюють суверенітет і територіальну цілісність України.

Ми маємо згадати імена деканів факультету, імена визначних особистостей, які працювали в різні часи протягом 100 років і приносили славу українській школі стоматології та були широко відомі у світі.

На сьогодні більшість випускників шкіл, ліцеїв, коледжів, хто мріє пов'язати своє життя зі стоматологією, насамперед розглядають перспективи вступу на стоматологічний факультет в НМУ імені О.О. Богомольця – найпотужніший факультет у країні. Його закінчують сотні громадян з різних країн світу, і наш стоматологічний факультет – це певна візитівка стоматологічної освіти в Україні.

Бажаю нинішньому поколінню примножувати славу НМУ. Ми пам'ятаємо своїх попередників. Намагаймося ж працювати так, щоб наші імена були у пам'яті не лише наших учнів, а також були згадані під час святкування 200-річчя факультету. Сподіваюсь, що НМУ і стоматологічний факультет, як його складова, через декілька років буде в рейтингу найкращих університетів світу. Це – наша мета і наше завдання!

*Проректор
з науково-педагогічної та
лікувальної роботи
НМУ імені О.О. Богомольця
професор*

Олександр КАНЮРА

ШАНОВНА МЕДИЧНА СПІЛЬНОТО, ДОРОГІ СПІВРОБІТНИКИ,
СТУДЕНТИ, ВИПУСКНИКИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО
ФАКУЛЬТЕТУ!



Стоматологічний факультет Національного медичного університету імені О.О. Богомольця завжди знаходився на чільних позиціях української стоматології і медичної освіти, його співробітники і випускники гідно представляли і представляють київську стоматологічну школу – як в Україні, так і за її межами. Найкращий подарунок до ювілею факультету – це широке визнання його здобутків у науці, практиці, освіті, а кращий спосіб відзначити це свято – науково-практична конференція, яка демонструє такі здобутки у контексті досягнень сучасної української і світової стоматологічної школи. Збірка матеріалів ювілейної конференції – це обмін досвідом, думками та ідеями, це данина поваги до вчителів, попередніх поколінь, що творили історію факультету, і водночас – погляд, спрямований у майбутнє, окреслення перспектив розвитку наукової думки та стоматологічної освіти. Тож хочеться побажати всім учасникам конференції плідної праці, насиченого професійного спілкування, натхнення, нових ідей і відкриттів, а усім, чия доля пов'язана з НМУ імені О.О. Богомольця і з його стоматологічним факультетом, – нових професійних звершень, наснаги, міцного здоров'я і щастя на життєвому шляху.

Декан
стоматологічного факультету
НМУ імені О.О. Богомольця,
професор

Наталія БІДЕНКО

ІСТОРІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ ТА ЙОГО НАУКОВИХ ШКІЛ

**СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТУ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ 100 РОКІВ**

Н.В. Біденко

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

У 2020 році виповнилося 100 років від дня заснування стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Вищу освіту для стоматологів у Києві було започатковано у 1919 році шляхом створення першого в Україні Державного одонтологічного інституту.

1 жовтня 1918 року вийшов декрет Народного комісаріату охорони здоров'я про реформу зуболікарської освіти, в якому зазначалося: «Отныне зубоврачебное образование будет неразрывно связано со всей системой высшего медицинского образования». Улітку 1919 року Нарком охорони здоров'я видав декрет про переведення зуболікарської освіти до медичних факультетів університетів і про закриття приватних зуболікарських шкіл, перетворивши їх на державні зуболікарські клініки, що існували як навчально-допоміжні установи при медичних факультетах університетів. Постановою наркому охорони здоров'я України було вирішено не зволікаючи замість зуболікарських шкіл відкрити вищий науково-навчальний заклад – Державний одонтологічний інститут із чотирирічним курсом навчання. Очолив його Л.А. Білейкін. Проте, зважаючи на тогочасні воєнні труднощі, складну економічну ситуацію, відсутність викладачів з теоретичних дисциплін і відповідного матеріального забезпечення, новоствореному навчальному закладу не судилося повноцінно розпочати навчальний процес. 18 жовтня 1920 року після повернення радянської влади до Києва міським Губвиконкомом було видано наказ, згідно з яким Державний одонтологічний інститут було приєднано до Інституту охорони здоров'я (нині – Національний медичний університет імені



Фото 1. Колектив онтологічного факультету Інституту охорони здоров'я.
У центрі – декан К.П. Тарасов

О.О. Богомольця) як окремий його факультет. Таким чином у 1920 році в Україні було створено перший онтологічний факультет. Деканом факультету було призначено К.П. Тарасова (фото 1).

Викладання на факультеті розпочалося за нашвидкуруч складеними програмами і планами. Для їх серйозної попередньої розробки часу не було, адже розпочинати навчальний процес потрібно було негайно за будь-яких умов. Відповідно до положення онтологічний факультет як господарсько-адміністративна одиниця зливався з медичним факультетом в одне ціле – медичну академію, і матеріально-навчальні інтереси обох факультетів вважалися рівноцінними. У навчально-педагогічному аспекті факультет визначався як самостійний навчальний заклад; програми, система і методи викладання медичної академії формувалися виходячи зі спільної мети – підготовка кваліфікованих фахівців з онтології.

У 1930 році онтологічний факультет було перейменовано у стоматологічний, а в 1931 р. – реорганізовано у самостійний Київський стоматологічний інститут. Це значно підвищило авторитет професії стоматолога серед молоді. Інститут припинив відчувати нестачу абітурієнтів, йому було виділено клінічні бази, а в 1931 р. при Київському інституті ортопедії і травматології було відкрито клініку щелепно-лицевої хірургії спочатку на 16 ліжкомісць, а з 1937 р. – на 40, яка

діяла на цій базі до 1964 р. У довоєнний період посаду декана обіймали С.Н. Вайсблат (1935–1938 рр.) та І.С. Гінзбург (1938–1940). За період 1931–1940 рр. Київський стоматологічний інститут підготував 1250 стоматологів.

З початком війни у червні 1941 р. Київський стоматологічний інститут було евакуйовано спочатку до м. Харкова, а пізніше – до м. Фрунзе, де він функціонував як факультет медичного інституту. Більшість співробітників кафедр надавали медичну допомогу в шпиталях та інших лікувальних закладах. Чимало викладачів, студентів і випускників опинилися на фронті. Після визволення Києва у 1943 р. стоматологічний факультет було відновлено у складі медичного інституту, а в 1945 році його вдруге було реорганізовано в стоматологічний інститут. Поступово розширювалися навчальні бази факультету, формувалися наукові та педагогічні кадри. У 1947–1948 навчальному році в інституті навчалося близько 1 тис. студентів (фото 2).

Наказом за №750 МОЗ УРСР від 31.12.1954 р. з 1 лютого 1955 року Київський медичний стоматологічний інститут було ліквідовано і на його базі організовано стоматологічний факультет Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця. Реорганізація сприяла значному поліпшенню навчально-методичної роботи на профільних кафедрах, підвищився рівень викладання теоретичних та загально-медичних дисциплін. Факультет очолювали такі видатні постаті, як О.П. Кисельова (1955–1960 рр.), М.Ф. Данилевський (1960–1962 і 1966–1970 рр.), В.С. Коваленко (1962–1966 і 1971–1985 рр.), А.П. Гро-



Фото 2. Набуття лікарських навичок. Студенти Київського стоматологічного інституту приймають пацієнтів (50-ті роки XX ст.)



Фото 3. Стоматологічний корпус (будівництво завершено у 1964 р.)

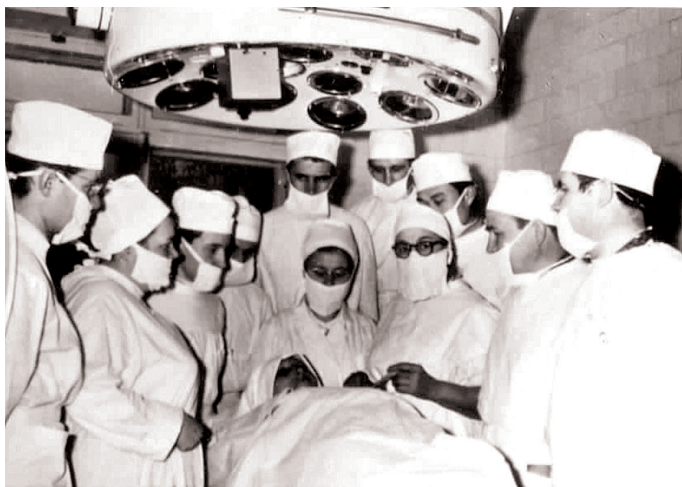


Фото 4. Під час проведення оперативного втручання (60-ті роки XX ст.)

хольський (1985–1988 рр.), Д.В. Дудко (1988–1993 рр.). У 1964 р. завершено спорудження основної клінічної бази стоматологічного факультету – стоматологічний корпус, у процесі будівництва якого було враховано специфіку профільних кафедр (фото 3–5).



Фото 5. Студенти приймають пацієнтів (70-ті роки XX ст.)

Останні майже 30 років розвитку факультету були ознаменовані тим, що це відбувалося в новий історичний період України. Незважаючи на певні труднощі, стоматологічний факультет отримав подальші можливості для успішного розвитку та вдосконалення наукової і професійної майстерності колективу, особливо після надання університету статусу національного (фото 6). Упродовж 23 років факультет очолював видатний вчений і організатор, Заслужений діяч науки і техніки України В.П. Неспрядько; нині деканом факультету є професор Н.В. Біденко.

Вагомий внесок у розвиток професійної майстерності зробила Асоціація стоматологів України (АСУ), керівництво якою здійснювали професори стоматологічного факультету. Зокрема, професор М.Ф. Данилевський був першим її президентом, професори В.П. Неспрядько, Л.О. Хоменко – віцепрезидентами, професор А.В. Борисенко – генеральним секретарем, професори В.О. Маланчук, Л.В. Харьков, П.С. Фліс – членами правління асоціації. З 1998 р. Асоціація стоматологів України є членом Всесвітньої організації стоматологів. На базі кафедр створено профільні асоціації, а чимало співробітників факультету стали дійсними членами міжнародних асоціацій та професійних об'єднань.



Фото 6. Студенти приймають пацієнтів (2019 рік)

Сьогодні стоматологічний факультет це:

- Понад 150 викладачів на профільних кафедрах, з яких 18 докторів наук, 1 – член-кореспондент Національної академії медичних наук України, 4 – заслужені діячі науки і техніки України, 7 – заслужені лікарі України, 24 – члени міжнародних професійних організацій, понад 1500 студентів з України та понад 40 інших країн світу.
- Потужна клінічна база – Стоматологічний медичний центр, який очолює професор А.В. Копчак і в якому надають стоматологічну допомогу тисячам мешканців України; співробітники Центру та викладачі кафедр надають допомогу українським військовим, які відстоюють незалежність держави на Сході країни, беруть участь у волонтерських заходах та виїздах у зони проведення ООС.
- Спеціалізована рада із захисту докторських та кандидатських дисертацій, яку очолює професор В.П. Неспрядько. Підвищується рівень наукових досліджень, колективи кафедр поповнюються талановитою молоддю, щороку відбувається захист дисертаційних робіт як співробітниками факультету, так і науковцями з усіх закладів вищої медичної освіти України.
- Численні міжнародні конференції: на базі кафедр, в аудиторіях Стоматологічного медичного центру часто виступають відомі за-

рубіжні фахівці, укладаються угоди про міжнародну співпрацю за різними напрямками фаху; водночас співробітники факультету та Медичного центру активно виступають і спілкуються з колегами за кордоном, а студенти та інтерни мають змогу стажуватися в медичних та освітніх закладах зарубіжжя.

- Навчально-методична робота, що постійно вдосконалюється, – оновлюються навчальні плани, їхній зміст гармонізується зі змістом європейських програм. Студенти мають можливість працювати на сучасному обладнанні, опановувати новітні методики діагностики та лікування в стоматології, проводять санітарно-просвітницьку роботу в дитячих закладах, на «наукових пікніках» для дітей. На факультеті одному з перших в Україні було запроваджено об'єктивний структурований клінічний іспит для студентів III і V курсів, запроваджено книжки обліку практичних навичок з пропедевтики та клінічної стоматології.
- Студентська наука, що активно розвивається: вихованці стоматологічного факультету виступають на студентських наукових конференціях в університеті та за його межами, перемагають на всеукраїнських олімпіадах з різних дисциплін. Науковій та практичній підготовці студентів сприяє робота студентських наукових гуртків, що працюють на всіх кафедрах, організація численних майстер-класів. Для вдосконалення володіння студентами англійською мовою професійного спрямування за участі кафедри іноземних мов (завідувач – доцент Л.Я. Аврахова) створено English speaking club for dentists, участь в якому беруть як студенти молодших курсів, так і старшокурсники, аспіранти, молоді викладачі. Студенти долучаються до участі в «наукових пікніках», де навчають дітей та їхніх батьків правильному догляду за зубами та методам збереження стоматологічного здоров'я.
- Студентські змагання – упродовж останніх 20 років на стоматологічному факультеті щороку відбуваються міжнародні студентські змагання «Брейн-ринг зі стоматології», в яких беруть участь команди з різних куточків України та сусідніх держав.
- Дні факультету, що вже стали доброю традицією і на яких яскраво виявляється студентська креативність.

Знання і вшанування своєї історії – це запорука розуміння подій, що відбуваються з нами сьогодні, вміння передбачати, що буде з нами завтра. За словами давньогрецького вченого, засновника історичної

науки Фукідіда, «історія – це філософія на прикладах». Ми крокуємо лабіринтами спогадів, документів, подій, вдивляючися в обличчя тих, хто протягом усіх цих років творив історію першого в Україні стоматологічного факультету, дослухаючися до їхніх слів, часто пророчих, дивуючися їхній енергії, наполегливості, самовідданості на шляху до розбудови медичної освіти. Низько вклоняємося тим, хто мав мужність бути першими, – видатним Ученим, нашим Учителям і Наставникам, бо, перефразовуючи вислів Ісаака Ньютона, легко бачити далі, стоячи на плечах велетнів. Минулим – пишаємося, сьогодні – цінуємо, майбутнє – творимо.

УРОЧИСТІ ЗБОРИ З НАГОДИ 100-РІЧЧЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

9 жовтня 2020 року в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця відбулися урочисті збори з нагоди 100-річчя стоматологічного факультету (фото 1). Пандемія COVID-19 наклала свій відбиток на форму проведення заходу, але не порушила святковий настрій.



Фото 1. Урочисті збори з нагоди 100-річчя стоматологічного факультету

З привітальним словом на адресу факультету виступила перший заступник міністра охорони здоров'я України І.Д. Садов'як, яка від імені міністра М.В. Степанова і всього апарату відомства відзначила роль і значення Університету і, зокрема, стоматологічного факультету як одного з його флагманів у розвитку медичної науки та освіти в Україні (фото 2). Привітали стоматологів голова ради Київської профспілки працівників охорони здоров'я України С.А. Кубанський, президент Асоціації стоматологів України професор І.П. Мазур. Ректор НМУ імені О.О. Богомольця професор Ю.Л. Кучин у вітальному слові відзначив роль стоматологічного факультету в Університеті як одну з провідних, зупинившись на основних віхах непростого шляху, що він його подолав упродовж 100 років. Адміністрація НМУ і особисто ректор Ю.Л. Кучин завжди підтримували і сьогодні приділяють значну увагу розвитку стоматологічного факультету (фото 3).



Фото 2. Виступає перший заступник міністра охорони здоров'я України І.Д. Садов'як

Виступи завідувачів профільних кафедр чергувалися з онлайн-привітаннями колег з медичних навчальних і наукових закладів України. Ювілярів привітали також колеги з Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та Київського медичного університету.



Фото 3. Виступає ректор НМУ імені О.О. Богомольця професор Ю.Л. Кучин



Фото 4. Доповідь «Шлях довжиною у 100 років» декана стоматологічного факультету професора Н.В. Біденко



Фото 5. Музейна експозиція у Стоматологічному медичному центрі

Із програмною доповіддю «Шлях довжиною у 100 років» виступила декан стоматологічного факультету професор Н.В. Біденко (фото 4). Основні етапи становлення, розвитку факультету та його сьогодення відображені у виданій до ювілею книзі авторського колективу в складі Біденко Н.В., Борисенка А.В., Канюри О.А., Клітинського Ю.В., Куца П.В., Мазур І.П., Маланчука В.О., Неспрядька В.П., Печковського К.Є., Савичука О.В., Скрипник І.Л., Філоненка В.В., Фліса П.С., Хоменко Л.О., Шаповалової Г.І., Яковенко Л.М. «Шлях довжиною у сто років (1920–2020): Стоматологічний факультет Національного медичного університету імені О.О. Богомольця». Історію факультету також представлено в урочисто відкритій цього самого дня музейній експозиції в Стоматологічному медичному центрі (фото 5).

ІСТОРІЯ КАФЕДРИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Борисенко А.В., Печковський К.Є.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна

Багата подіями та творчими досягненнями історія кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця за термінами організації, становлення та розвитку збігається з історією вищої стоматологічної освіти в Україні. У досягненні високих науково-практичних результатів та сучасних стандартів підготовки фахівців стоматологічного профілю протягом 90-річного періоду її існування значну роль відіграли окремі кафедри стоматологічного факультету.

У складі Одонтологічного інституту, заснованого у серпні 1919 року окремим декретом Київського губвиконкому, була і кафедра терапевтичної стоматології, створена за назвою «кафедра дентіатрії». Вона складалася з двох самостійних курсів. Курс пропедевтичної одонтології очолював професор Г.Ф.Бурвасер, а курс консервативного зуболікування – Л.А. Білейкін. У 1927 р. обидва курси було перетворено на кафедру лікувально-профілактичної стоматології, завідувачем якої був професор Г.Ф. Бурвасер.

У ті роки більшість викладачів вели практичну діяльність, не мали вищої медичної освіти та педагогічного досвіду. Наукові дослідження майже не проводилися, підготовка наукових кадрів не планувалася. За період з 1919 по 1924 р. було опубліковано лише 5 публікацій.

У 1931 р. кафедру терапевтичної стоматології очолив Л.А Білейкін, з



Фото 1. Професор Л.А. Білейкін

ім'ям якого пов'язаний початок планових наукових досліджень (фото 1). У 1932 р. запроваджено аспірантуру, що дало можливість в 1937–1941 рр. підготувати чотирьох кандидатів наук (І.С. Гінзбург, З.С. Сонкіна, М.І. Соколов, Є.А. Золковер). Співробітники кафедри виступали з доповідями на загальносоюзних з'їздах, публікували роботи в журналах та спеціальних виданнях. У 1940 р. побачила світ перша збірка наукових праць «Проблеми стоматології».

У 1935 р. кафедра отримала добре оснащену (45 крісел) клінічну базу, але її розвиток був перерваний Другою світовою війною. У повоєнні роки після повернення медичного закладу з евакуації кафедру було поновлено, сформовано більш активний колектив співробітників. У 1945 р. завідувач кафедри Л.А. Білейкін захистив докторську дисертацію на тему «Пародонтоз». З 1946 р. обов'язки завідувача кафедри виконував доцент І.С. Гінзбург.

У 1947 р. кафедру очолив професор І.Й.Новик, який з 1934 по 1941 р. очолював Український науково-дослідний інститут стоматології в м. Одесі (фото 2). Він мав великий досвід організаційної, наукової, педагогічної роботи і велику увагу приділяв удосконаленню педагогічного процесу, поліпшенню якості підготовки молодих спеціалістів, розширенню наукових досліджень.

Тривалий час кафедра терапевтичної стоматології відчувала потребу у власній клінічній базі. Цю проблему було вирішено у 1954 році, коли кафедра отримала добре оснащену власну клініку (бульвар Тараса Шевченка, 1), до складу якої входило відділення терапевтичної стоматології, а також дитячої терапевтичної стоматології та ортодонтії. Це дозволило широко розгорнути підготовку наукових кадрів та започаткувати наукові дослідження з дитячої терапевтичної стоматології.

Колектив розробляв наукову проблему «Карієс зубів», на тему якої у 1950 р. Я.М. Пілявський захистив першу в повоєнні роки кандидатську дисертацію. Наукову діяльність професора І.Й. Новика ха-



Фото 2. Професор І.Й. Новик

рактеризував суворо науковий клініко-експериментальний підхід до основних проблем терапевтичної стоматології на міцній теоретичній основі. Свій великий досвід з профілактики та лікування карієсу в дітей І.Й. Новик узагальнив у докторській дисертації «Предупреждение и лечение кариеса зубов у детей» (1952 р.).

Підсумком наукової розробки проблеми карієсу протягом 1947–1954 рр. було видання 3 монографій: «Питання профілактики карієсу зубів і санації порожнини рота у дітей» (І.Й. Новик), «Міжзубний сосочок, його запалення, лікування і профілактика» (М.Ф. Данилевський), «Клініка і лікування періодонтитів» (О.І. Марченко). Як наслідок було обгрунтовано систему санації порожнини рота, запропоновано методи профілактики і лікування карієсу, розроблено методіку і створено оригінальну конструкцію матриці для пломбування порожнин на контактних поверхнях зубів, запропоновано щадні методи лікування запалення пульпи, апробовано і впроваджено нові методи та медикаментозні засоби для лікування періодонтиту.

З 1954 р. колектив кафедри включився в розробку проблеми профілактики і лікування захворювань пародонта. Їх вивчення вперше відбувалося спільно зі спеціалістами теоретичних кафедр і лабораторій інших наукових закладів. Унаслідок цієї роботи було створено експериментальні моделі генералізованого пародонтиту, встановлено зв'язок між станом пародонта і нервовою системою (І.Й. Новик, М.Ф. Данилевський).

Значний внесок у практичну охорону здоров'я зробили наукові праці з виявлення частоти поширеності різних захворювань пародонта і, зокрема, генералізованого пародонтиту, розкриття тонких механізмів його патогенезу, вивчення особливостей клінічної картини, патологічної анатомії, профілактики та лікування. Результати цих досліджень були узагальнені в монографіях І.Й. Новика «Клініка і лікування пародонтозу» (1957), «Пародонтоз» (1964).

Великою заслугою І.Й.Новика та його учнів було поглиблене клініко-лабораторне дослідження захворювань слизової оболонки порожнини рота, завдяки чому ця ділянка стала самостійним розділом терапевтичної стоматології. І.Й. Новик був талановитим клініцистом, створив оригінальні підручники, присвячені хворобам слизової оболонки порожнини рота, які й досі не втратили своєї актуальності і є настільними книгами багатьох практичних лікарів: «Хвороби слизової оболонки порожнини рота» (1960), «Захворювання зубів і сли-

зової оболонки порожнини рота у дітей» (1961). Потрібно особливо відзначити те, що професор І.Й. Новик був засновником дитячої стоматології в Україні.

Професор І.Й. Новик є автором понад 140 наукових праць, серед яких 9 монографій. Під його керівництвом було підготовлено близько 30 дисертацій. Його учні, науковими працями (кандидатськими дисертаціями) яких він безпосередньо керував, працювали і працюють у вищих медичних закладах, академіях, науково-дослідних інститутах, завідували і завідують кафедрами стоматології в Україні та за її межами. Серед них професор М.Ф. Данилевський (Київ), професор М.А. Кодола (Київ), професор О.І. Марченко (Одеса, Київ), професор О.І. Удовичка (Київ). Славну когорту кандидатів наук, підготованих професором І.Й. Новиком, як естафету підхопив його талановитий учень професор М.Ф. Данилевський, перетворивши їх на докторів наук та завідувачів кафедр. Це професор Г.С. Чучмай (Львів), професор Г.М. Вишняк (Київ), професор А.П. Грохольський (Київ), професор Л.О. Хоменко (Київ), професор І.С. Мащенко (Дніпро), професор Л.І. Урбанович (Сімферополь), доцент І.І. Кириленко (Івано-Франківськ), доцент І.В. Чижевський (Донецьк). Працюючи на цих посадах, учні І.Й. Новика та М.Ф. Данилевського самі створили свої оригінальні наукові школи.

У 1968 р. завідувачем кафедри було обрано Заслуженого діяча науки УРСР, Лауреата Державної премії УРСР професора М.Ф. Данилевського (фото 3). Під його керівництвом було значно зміцнено матеріальну базу кафедри, сформовано колектив висококваліфікованих викладачів, розширено коло наукових проблем. Протягом усього періоду діяльності в Київському медичному інституті М.Ф. Данилевський перебував також на адміністративній роботі. З 1958 по 1959 рік та в 1967–1968 р. він обіймав посаду декана стоматологічного факультету. З 1980 по 1984 рік працював проректором інституту з лікувально-консультативної роботи, виробничої практики та інтернатури.

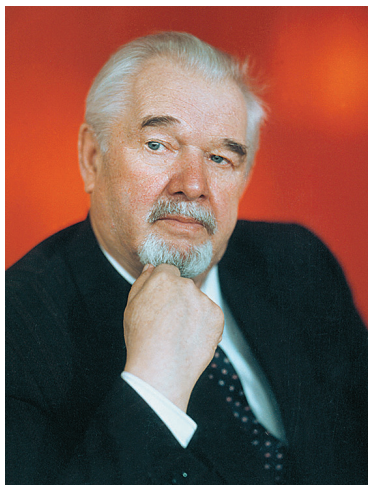


Фото 3.

Професор М.Ф. Данилевський

Після закінчення будівництва стоматологічного корпусу в 1964 р. кафедра мала у своєму розпорядженні 7 лікувальних кабінетів на 50 добре оснащених робочих місць, рентгенологічний кабінет, біохімічну, гігієнічну та фотолабораторію, відділення спеціалізованої фізіотерапії, дитяче відділення, 3 кабінети для викладання фантомного курсу. Кафедра стала базовою, регулярно надавала методичну допомогу колективам інших навчальних закладів України.

У 1968 році М.Ф.Данилевський успішно захищає докторську дисертацію на тему «Патогенез, клиника и лечение пародонтоза (клинико-экспериментальное исследование)». У цьому ж році йому присвоєно вчене звання професора. У своїй дисертаційній роботі М.Ф.Данилевський на основі експериментальних та клінічних досліджень довів зв'язок між нестачею в організмі вітаміну Е та захворюваннями пародонта, обґрунтував та розробив методи лікування з використанням вітаміну Е, протеолітичних ферментів та природних біостимуляторів. Це дало змогу з'ясувати патогенез генералізованого пародонти-ту та значно підвищити ефективність його комплексного лікування.

З 1969 р. значно розширилися дослідження з проблеми захворювання пародонта. Результати проведених досліджень було узагальнено в докторських дисертаціях М.Ф. Данилевського, Г.М. Вишняк, І.С. Мащенко, Л.О. Хоменко, А.П. Грохольського, Н.А. Колесової, І.П. Горзова, Т.Д. Заболотного, А.В. Борисенка, А.М. Політун, Г.Ф. Білоклицької, 37 кандидатських дисертаціях, а також у монографіях «Пародонтоз у дітей та підлітків» (1981), «Пародонтологія дитячого віку» (1981), «Зубні відкладення при хворобах пародонта» (1983), «Фітотерапія в стоматології» (1986), «Захворювання пародонта» (1993, 1998), «Захворювання пародонта» (2000), численних наукових статтях, поданих на міжнародні, всесоюзні, республіканські з'їзди, симпозиуми, конференції.

М.Ф. Данилевським та його учнями було виконано комплекс фундаментальних і прикладних досліджень в галузі клінічної ензимології та вивчення механізмів участі протеолітичних ферментів у розвитку захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота. Підсумки цих наукових і практичних розробок було узагальнено у 2 монографіях, наукових статтях, доповідях на з'їздах і конференціях. За розробку теоретичних основ медичної ензимології та впровадження її методів у клініку професора М.Ф.Данилевського в 1987 р. було удостоєно Державної премії УРСР.

У 1981 р., завдяки ініціативі професора М.Ф.Данилевського та

безпосередній участі його в проектуванні, кафедра отримала нову клінічну базу, завдяки чому було реалізовано ідею профілізації навчання студентів, проведено технічну модернізацію відповідно до вимог навчального процесу. У стоматологічній поліклініці на той час Київського медичного інституту, на базі якого розміщено кафедру, створено спеціалізовані відділення терапевтичної стоматології, ендодонтії, захворювань пародонта, захворювань слизової оболонки порожнини рота, а також республіканські центри з пародонтології, спеціалізованої фізіотерапії, нейростоматології.

Професор М.Ф.Данилевський передав свій багатий досвід і знання численним учням, які посідали й досі посідають визначне місце в галузі стоматології. Вони очолювали і очолюють стоматологічні кафедри різних медичних закладів України та інших країн СНД. Серед них професор Г.С. Чучмай – очолював кафедру терапевтичної стоматології Львівського медичного університету; професор Л.І. Урбанович – очолювала кафедру терапевтичної стоматології Кримського медичного інституту; професор Г.М. Вишняк – очолювала кафедру терапевтичної стоматології Київського інституту вдосконалення лікарів; професор Л.О. Хоменко – очолювала кафедру дитячої терапевтичної стоматології Національного медичного університету; професор А.П. Грохольський – завідував кафедрою терапевтичної стоматології Київського інституту вдосконалення лікарів; професор, Заслужений діяч науки і техніки України І.С. Мащенко – очолював кафедру терапевтичної стоматології Дніпропетровської медичної академії; професор Е.Е. Керімов – завідує кафедрою ортопедичної стоматології Бакинського медичного інституту; професор І.П. Горзов – очолював кафедру стоматології Ужгородського медичного інституту; професор Т.Д. Заболотний – завідує кафедрою терапевтичної стоматології факультету підвищення кваліфікації лікарів Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького; професор А.В. Борисенко – завідує кафедрою терапевтичної стоматології Національного медичного університету; А.М. Політун – завідувач кафедрою терапевтичної стоматології Київського медичного університету асоціації народної медицини; професор Г.Ф. Білоклицька – очолює кафедру терапевтичної стоматології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика; доцент І.І. Кириленко – завідував кафедрою інтернатури Івано-Франківської медичної академії; доцент Н.В. Петраш – очолювала кафедру терапевтичної стоматології Івано-Фран-

ківської медичної академії; доцент А.В. Туткуване – завідує кафедрою терапевтичної стоматології Вільнюського медичного інституту.

Під керівництвом професора М.Ф. Данилевського підготовлено 14 докторів наук і понад 50 кандидатів наук.

За успіхи в підготовці науково-педагогічних кадрів, досягнення в наукових дослідженнях, внесок у розвиток вітчизняної стоматології професору М.Ф. Данилевському було присвоєно почесне звання Заслуженого діяча науки України. Упродовж двох десятиліть він був головним редактором міжвідомчого республіканського збірника «Стоматологія», тривалий час керував Асоціацією стоматологів України, був членом редколегії союзного журналу «Стоматологія», співредактором Великої медичної енциклопедії, головою всесоюзної комісії АМН колишнього СРСР «Хвороби пародонта», головним редактором українсько-польського журналу «Новини стоматології», головою редакційної ради журналів «Вісник стоматології» та «Дентальні технології».

З 1990 р. кафедрою завідує професор А.В. Борисенко, котрий продовжує плідну працю свого вчителя професора М.Ф. Данилевського (фото 4). Під його керівництвом захищено 10 докторських та 37 кандидатських дисертацій.

Після незначного зниження наукової активності на початку 90-х років, зумовленого складним фінансовим становищем країни, колективом кафедри за період 1990–2021 рр. було захищено 57 дисертацій (із них 17 докторських, 40 кандидатських), видано 31 монографію і низку навчальних посібників. Серед них «Захворювання пародонта» (М.Ф. Данилевський, 1999), „Композиційні пломбувальні матеріали” (А.В. Борисенко, 1999), «Захворювання слизової оболонки порожнини рота» (М.Ф. Данилевський, О.Ф. Нещін, Ж.І. Рахній, 1998), «Захворювання пародонта» (М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, 2000), «Карієс зубів» (А.В. Борисенко, 2000, 2005), «Композиційні пломбувальні та облицювальні матеріали в стоматології» (А.В. Борисенко, В.П. Неспрядько, 2002), «Секрети лікування карієсу та



Фото 4. Професор А.В. Борисенко

реставрації зубів» (А.В. Борисенко, 2002, 2003, 2005), «Пульпіт» (М.Ф. Данилевський, Л.Ф. Сідельникова, Ж.І. Рахній, 2003); «Морфофункциональная и клиническая оценка зубов с дефектами твердых тканей» (А.В. Борисенко та співавт., 2004); «Комбинированные зубные пломбы» (А.В. Борисенко та співавт., 2008); «Основи стоматології» (А.В. Борисенко та співавт., 2009); «Секреты терапевтической стоматологии» (А.В. Борисенко, 2009). Широкого визнання в інших країнах здобуло підготоване на світовому рівні нове видання «Заболевания слизистой оболочки полости рта» (М.Ф. Данилевський, В.К. Леонтьев, О.Ф. Несін, Ж.І. Рахній, 2001). Окремі розділи цього видання свого часу видано польською мовою в Польщі. У 2001 році в Україні вийшов у світ перший том, а у 2009 році завершено випуск першого підручника «Терапевтична стоматологія» в чотирьох томах. На сьогодні це підручник видано українською, російською та англійською мовами.

За час існування кафедри захищено 30 докторських, 126 кандидатських дисертацій, надруковано 85 монографій та багато навчальних посібників з усіх розділів терапевтичної стоматології.

Колектив кафедри велику увагу приділяє освоєнню нових технологій лікування зубів, захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота. Проведено переобладнання окремих навчальних



Колектив кафедри терапевтичної стоматології

кабінетів, клінічні бази відкрито в кращих приватних лікувальних закладах міста. У науковій роботі широко впроваджується комплексна діяльність з різними науково-дослідними закладами України.

Без перебільшення можна сказати, що в роботі кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця відзначається органічне поєднання науково-теоретичних розробок, підготовки лікарів-спеціалістів та значної практичної допомоги стоматологічним закладам системи охорони здоров'я України.

**НАУКОВА ШКОЛА КАФЕДРИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ НМУ
імені О.О. Богомольця. ОБГРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

Борисенко А.В.

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

Починаючи з наукових праць професора І.Й. Новика [17], на кафедрі терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця провідним напрямком є вивчення етіології, патогенезу та комплексного лікування захворювань пародонта. Важливою проблемою є зміни кісткової тканини альвеолярного відростка при генералізованому пародонтиті та розробка методів їх корекції. Протягом періоду існування кафедри виконано значний обсяг досліджень, результатом якого є 21 докторська та 72 кандидатських дисертацій.

Фізіологічні, біохімічні, адаптивні реакції організму значною мірою пов'язані з характером харчування. Результати експериментальних та клінічних досліджень Р.С. Назарян (2006) показали вплив дисбалансу харчування на розвиток і перебіг захворювань пародонта. Обґрунтовано принципи корекції цього дисбалансу, після усунення якого помічено значну ефективність розроблених схем комплексного лікування захворювань пародонта [16].

І.М. Федянович вивчено біохімічні показники кальцій-фосфорного обміну в кістковій тканині альвеолярного відростка щелеп та різних середовищах організму. Показано посилення катаболізму колагену кісткової тканини альвеолярного відростка, яке зростає па-

ралельно з поглибленням патологічних змін у пародонті. Для їх компенсації обрано препарат остеотропної дії Купир-Си51, який чинить антирезорбтивну, детоксикаційну, антигіпоксичну дію, стимулює утворення кісткової тканини [25].

В.І. Герелюк дослідив, що спектр ліпідних медіаторів та ступінь їх дисбалансу визначають характер перебігу (хронічний чи загострений), ступінь розвитку, клінічну картину генералізованого пародонтиту, ефективність і стабільність досягнутого лікувального ефекту [4]. Доведено, що значну роль відіграють ліпідні медіатори тканинного та мікробного походження. У тканинах ясен, ротовій рідині і крові підвищений уміст протизапальних циклооксигеназних і ліпогеназних продуктів арахідонової кислоти, детергентних ліпідів. Запропоновано препарати фосфатидилхолін (ліпін), месулід, теком, які нормалізують уміст ліпооксигеназних і циклооксигеназних продуктів арахідонової кислоти і забезпечують адекватний вплив нейтрофільних лейкоцитів на мікробну інвазію.

У дослідженнях Ю.І. Силенка [20] показано зростання спонтанного гемолізу еритроцитів крові при визначенні їх осмотичної резистентності. Це призводить до розвитку гіперкоагуляції, змін фібринолітичної активності крові в системі мікроциркуляції пародонта. Для нормалізації цих показників експериментально обґрунтованим є застосування низькомолекулярних поліпептидних препаратів.

У разі відносно нормальних тканин пародонта відзначено кореляцію активності супероксиддисмутази від загального стану організму пацієнта. При генералізованому пародонтиті активність супероксиддисмутази в ротовій рідині збільшується. Таким чином, у хворих із генералізованим пародонтитом відбувається посилення процесів пероксидації в слині і тканинах пародонта [12].

Унаслідок посилення процесів перекисного окислення ліпідів у тканинах пародонта хворих із генералізованим пародонтитом відбувається зниження ліпопротеїнів, фосфоліпідів і тригліцеридів. В результаті цього розвиваються суттєві порушення білкового обміну, які проявляються гіпо-, диспротеїнемією, гіпоальбумінемією тощо. На такому тлі легко виникає дисфункція імунної системи [19].

У дослідженні В.Г. Жирової у хворих на генералізований пародонтит відзначено значні порушення цитохімічних показників: зменшення активності різних дегідрогеназ, сукцинатдегідрогенази в нейтрофільних гранулоцитах паралельно з одночасним підвищенням

активності лактатдегідрогенази. Виявлено зміни клітинної та гуморальної ланок імунітету [8].

Н.В. Колесова провела морфологічні, електронномікроскопічні та гістохімічні дослідження біоптатів ясен у хворих із генералізованим пародонтитом. Виявлено переважання ферментів гліколізу, що знижує рівень активності епітеліальних клітин ясен і порушує їхню бар'єрну функцію. Застосування у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту препаратів метаболічної дії (Мікотон) та цитопротекторів (Мілдронат) поліпшує регенерацію тканин пародонта і подовжує терміни ремісії генералізованого пародонтиту [10].

Важливою умовою прояву патогенної дії різних подразників тканин пародонта і, зокрема, умовно-патогенної мікрофлори є зміни імунної системи організму хворих. Комплексне імунологічне дослідження дало змогу виявити різні порушення імунної системи у хворих із генералізованим пародонтитом. Виділено три ступені імунних порушень при однаковому ступені розвитку генералізованого пародонтиту. Розроблено схеми диференційованої імунокорекції залежно від ступеня імунних порушень, які дали виражений клінічний ефект [6, 9].

У виникненні захворювань пародонта значну роль відіграють зміни загальної реактивності організму, на тлі яких легко реалізують свій патогенний потенціал пародонтопатогенні мікроорганізми. У 68% хворих із генералізованим пародонтитом виявлено гострий та хронічний різновид загальноадаптивної стрес-реакції. Для нормалізації стану загальної резистентності організму, підвищення репаративних та регенеративних можливостей тканин пародонта запропоновано препарат ЕРІСОЛ (ендогенний регенеративний біологічний імуномодулятор). Відновлено знижений до лікування рівень загальної резистентності організму: у 84% пацієнтів після лікування виявлено повноцінні реакції активації та тренування, а стресові реакції (наявні у 68% хворих до лікування) були повністю відсутні. Для місцевого лікування антибактеріальні засоби взагалі не використовували [7].

Проведене визначення особливостей мікробного спектру пародонтальних кишень при генералізованому пародонтиті виявило залежність анаеробної мікрофлори пародонтальних кишень та ступеня інфікованості *Helicobacter pylori*. Вивчено певні особливості мікрофлори пародонтальних кишень залежно від ступеня та характеру перебігу генералізованого пародонтиту. На цій основі обґрунтовано і розроблено методику диференційованої, спрямованої антибактері-

альної терапії захворювань пародонта, зокрема, у хворих на виразкову хворобу [13, 21].

Перебіг захворювань пародонта значною мірою залежить від віку пацієнтів. Зокрема, виявлено певні особливості їхньої клінічної картини в осіб молодого віку. Окрім патологічних, деякі фізіологічні стани, наприклад, вагітність, справляють значний вплив на стан тканин пародонта. Визначено певні особливості їх перебігу, удосконалено методи діагностики, розроблено схеми лікування у пацієнтів молодого віку та вагітних. У вагітних молодого віку із залізодефіцитною анемією виявлено значну (до 87,2+4,9%) поширеність захворювань пародонта. Включення до комплексного лікування захворювань пародонта у вагітних із залізодефіцитною анемією запропонованого медикаментозного комплексу забезпечує ефективність лікування захворювань пародонта [22, 24, 28].

Встановлено залежність поширеності та ступеня розвитку генералізованого пародонтиту від віку пацієнтів і тривалості захворювання на псоріаз. Розроблено ефективне комплексне патогенетично обгрунтоване лікування хворих із генералізованим пародонтитом на тлі псоріазу з використанням вітчизняного імуномодулятора ербісолу і вітамінного препарату кверцетину [26].

Визначено рівень ендогенної інтоксикації у хворих із генералізованим пародонтитом різного ступеня розвитку та перебігу. Обгрунтовано та застосовано диференційований підхід до передопераційної підготовки хворих із генералізованим пародонтитом залежно від стоматологічного статусу та показників ендогенної інтоксикації організму; розроблено алгоритми індивідуального медичного супроводу в післяопераційний період [5].

Розвиток клінічних симптомів генералізованого пародонтиту корелює з характером і ступенем метаболічних і структурних змін покривного епітелію ясен. При гіпертонічній хворобі і генералізованому пародонтиті відзначено відповідні реакції в судинах пародонта. Застосування β 1-кардіоселективних адреноблокаторів (Біпролол) справляє негативний вплив на обмін речовин (метаболічні порушення), структуру епітеліальних і сполучнотканинних клітин, на судини і нерви пародонта (зокрема, ясен). Усе це стало підставою включення тіотріазоліну в схему комплексного лікування генералізованого пародонтиту у хворих на артеріальну гіпертензію [27].

Експериментально та теоретично обґрунтовано можливість застосування біокерамічного композиту легovanого іонами срібла та міді і остеотропної композиції на його основі для пластики пародонтальних внутрішньокісткових кишень [14].

Визначено характерні для різних форм захворювань пародонта особливості маркерів гіпоксії, дисфункції ендотелію судин, прооксидантно-антиоксидантної системи та метаболічно-енергетичних процесів у тканинах пародонта. Обґрунтовано та розроблено раціональну патогенетично спрямовану лікувальну схему корекції гіпоксії в комплексному лікуванні хворих із захворюваннями пародонта [3].

Для профілактики та лікування захворювань пародонта експериментально і клінічно обґрунтовано застосування розробленого мукозального гелю Нанозолото, який містить наночасточки золота [23].

Виявлено закономірності впливу місцевих чинників ризику в разі виникнення основного клінічного симптому та характер їх впливу на розвиток запальних захворювань пародонта в осіб молодого віку. Розроблено найбільш раціональні алгоритми застосування лікувально-профілактичних гігієнічних комплексів для лікування пацієнтів із захворюваннями пародонта залежно від переважання основного симптому захворювання: кровоточивості, гіперестезії та галітозу [15].

Експериментально і клінічно обґрунтовано корекцію порушень метаболізму оксиду азоту в комплексному лікуванні захворювань пародонта. Результати клініко-лабораторних досліджень показали високу ефективність запропонованої медикаментозної композиції для лікування і профілактики хворих із генералізованим пародонтитом [11].

У жінок, які приймали пероральні контрацептиви, виявлено більшу частоту поширеності захворювань пародонта. Для профілактики та лікування захворювань пародонта у цих жінок розроблено спосіб лікування їх і показано його ефективність [2].

Експериментально і клінічно доведено підвищення ефективності лікування періодонтиту і генералізованого пародонтиту шляхом використання медикаментозних комплексів для премедикації під час лікування цих стоматологічних захворювань в осіб з різним типом (симпатичний, парасимпатичний) вегетативної нервової системи [1].

Проведені науковцями кафедри дослідження дають змогу уточнити певні моменти патогенезу генералізованого пародонтиту і успішно продовжуються співробітниками інших кафедр України.

Література

1. Батіг В.М. Особливості лікування періодонтиту та захворювань пародонта залежно від типу вегетативної нервової системи пацієнтів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. –Київ, 2020. – 43 с.
2. Ватанха Т.В. Профілактика та лікування уражень пародонта у жінок, які приймають гормональні контрацептиви: Автореф. дис....канд. мед. наук. – Київ, 2020. – 19 с.
3. Воловик І.А. Корекція гіпоксії в комплексному лікуванні захворювань пародонта: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Київ, 2018. – 19 с.
4. Герелюк В.І. Роль ліпідних медіаторів у перебігу генералізованого пародонтиту та ефективність їх корекції в комплексному лікуванні: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Івано-Франківськ, 2001. – 36 с.
5. Григ Н.І. Особливості передопераційної підготовки та медикаментозного супроводу хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит: Автореф. дис....канд. мед. наук. – Київ, 2012. – 17 с.
6. Гужевська Н.С. Клінічна ефективність застосування фітозасобів багатоспрямованої дії в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2000. – 20 с.
7. Дзедман Н.А. Корекція порушень загальноадаптивних реакцій організму у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2005. – 20 с.
8. Жирова В.Г. Порушення систем гемостазу, клітинного і гуморального імунітету при запальних і дистрофічно-запальних захворюваннях пародонта у підлітків та їх корекція у комплексному лікуванні: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2002. – 20 с.
9. Коленко Ю.Г. Імунні порушення у хворих на генералізований пародонтит та їх корекція у комплексному лікуванні: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2002. – 20 с.
10. Колесова Н.В. Особливості альтерації і репаративної регенерації епітелію ясен при генералізованому пародонтиті та їхня фармакологічна корекція: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2002. – 20 с.
11. Куваєв О.С. Регуляція порушень метаболізму оксиду азоту в комплексному лікуванні захворювань пародонта: Автореф. дис....канд. мед. наук. – Київ, 2020. – 19 с.
12. Леснухіна Г.Л. Комплексне лікування генералізованого пародонтиту з корекцією порушень перекисного окислення ліпідів: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2000. – 20 с.
13. Линовичка О.В. Вибір антибактеріальних препаратів у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту у хворих на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, асоційованої з *Helicobacter Pylori*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2002. – 20 с.
14. Лисенко О.С. Клініко-експериментальне обґрунтування використання модифікованої біокераміки при хірургічному лікуванні хворих на генералізований пародонтит. Автореф. дис....канд. мед. наук. – Київ, 2016. – 17 с.
15. Мялківський К.О. Обґрунтування диференційованого вибору засобів індивідуальної гігієни порожнини рота при захворюваннях пародонта в осіб молодого віку. Автореф. дис....канд. мед. наук. – Одеса, 2020. – 19 с.
16. Назарян Р.С. Патогенетичне обґрунтування корекції аліментарного фактора у комплексному лікуванні хвороб пародонта: Автореф. дис. ... доктора мед. наук. – Київ, 2006. – 36 с.

17. Новик І.О. Пародонтоз. – К.: Здоров'я, 1964. – 326 с.
18. Поворознюк В.В., Мазур І.П. Костная система и заболевания пародонта. – К., 2003. – 446 с.
19. Середюк І.Н. Клініко-патогенетичні особливості застосування протизапальних засобів та ангіопротекторів в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2005. – 20 с.
20. Силенко Ю.І. Клініко-патогенетичне обґрунтування лікування генералізованого пародонтиту з використанням низькомолекулярних поліпептидних препаратів: Автореф. дис. ... доктора мед. наук. – Полтава, 2000. – 40 с.
21. Тивоненко Л.І. Обґрунтування диференційованої антибактеріальної терапії та оцінка її ефективності у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2007. – 20 с.
22. Тімохіна Т.О. Клініка, профілактика і лікування хвороб пародонта та слизової оболонки порожнини рота у жінок репродуктивного віку із залізодефіцитною анемією: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2013. – 17 с.
23. Ткач О.Б. Експериментально-клінічне обґрунтування застосування мукозального гелю, модифікованого наночастинками золота, в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2018. – 19 с.
24. Ткаченко А.Г. Особливості клінічного перебігу, лікування та профілактики генералізованого пародонтиту у осіб молодого віку 18–25 років: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2006. – 20 с.
25. Федянович І.М. Особливості порушень метаболізму кісткової тканини пародонта при генералізованому пародонтиті та можливості їх спрямованої фармакологічної корекції: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2004. – 20 с.
26. Чегринюк Л.Т. Особливості клінічного перебігу та лікування генералізованого пародонтиту при псоріазі: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2011. – 17 с.
27. Черкасова О.В. Комплексне лікування генералізованого пародонтиту у пацієнтів молодого віку з артеріальною гіпертензією: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2013. – 17 с.
28. Шекера О.О. Особливості клініки, діагностики, профілактики та лікування захворювань пародонта у вагітних із акушерською патологією: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2008. – 18 с.

ПРОФЕСОР І.О. НОВИК – ФУНДАТОР ВІТЧИЗНЯНОЇ ПАРОДОНТОЛОГІЇ

Борисенко А.В., Дікова І.Г., Кононова О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна

З-поміж видатних організаторів стоматології, котрі у важкі часи становлення галузі зробили дуже багато для її розвитку, варто згадати професора І.Й. Новика. З його ім'ям тісно пов'язані розвиток і організація надання допомоги пацієнтам із захворюваннями пародонта

і слизової оболонки порожнини рота, організація і поширення стоматологічної допомоги дітям.

Ветеран трьох воєн (першої світової, громадянської та другої світової), І.Й. Новик народився 18.01.1891 року у м. Кременчуці. У 1911 році поступив до зуболікарської школи у м. Бердянську, яку успішно закінчив у 1914 році. Із початком першої світової війни розпочав службу в російській армії, був поранений. Працював ординатором шпиталю Південно-Західної залізниці в м. Харкові, із січня 1916 року – зубним лікарем дивізії у складі Південно-Західного фронту. З жовтня 1917 року – завідував відділенням зуболікарської амбулаторії в м. Одесі. У квітні 1919 року І.Й. Новик пішов добровольцем у Червону Армію і працював в Одеському військово-санітарному управлінні на посаді завідувача зуболікарського відділення, а з 1922 по 1934 рік – головним лікарем стоматологічної поліклініки Червоного Хреста в м. Одесі.

Паралельно Ісаак Йосипович вступив до Одеського медичного інституту і успішно закінчив його у 1924 році. Під час навчання проявилися здібності І.Й. Новика як викладача і науковця. Починаючи з 1930 по 1934 рік він обіймав посаду асистента кафедри стоматології Одеського медичного інституту, а в 1939 році його було обрано за конкурсом завідувачем доцентського курсу інституту.

У 1934 році розпочалася кар'єра Ісаака Йосиповича як адміністратора – його було призначено директором Українського НДІ стоматології в м. Одесі.

Проте мирну працю знову перервала війна. З червня 1941 по березень 1943 року І.Й. Новик був начальником хірургічного відділення фронтового евакошпиталю № 1133, а з березня 1943 року – начальником щелепно-лицевого відділення фронтового санітарного евакуаційного шпиталю № 3443 (ФЕП-165). Після закінчення війни в 1945 році І.Й. Новика було призначено на посаду доцента кафедри шпитальної хірургії Одеського медичного інституту.

Надалі вся діяльність Ісаака Йосиповича пов'язана з Київським медичним інститутом (нині НМУ імені О.О. Богомольця). У вересні 1947 року його було обрано за конкурсом завідувачем кафедри терапевтичної стоматології Київського стоматологічного інституту, яка з 1956 року стала кафедрою Київського медичного інституту. Очолений ним колектив спільно зі спеціалістами інших кафедр і лабораторій активно включився у розробку проблеми профілактики і лікування захворювань пародонта: створено експериментальні моделі

генералізованого пародонтиту, встановлено зв'язок між станом пародонта і нервовою системою (І.Й. Новик, М.Ф. Данилевський). Ставши базовою, кафедра постійно надавала методичну допомогу іншим колективам республіки, що було пов'язано з високою кваліфікацією, рівнем методичної підготовки співробітників, впровадженням наукових досліджень у практичну стоматологію.

Дослідження частоти і поширеності різних захворювань пародонта, розкриття механізмів патогенезу, вивчення особливостей клініки, патологічної анатомії, профілактики та лікування узагальнено в монографіях І.Й. Новика «Клініка і лікування пародонтозу» (1957), «Пародонтоз» (1964). У 1967 році було видане єдине за часів Радянського Союзу «Руководство по терапевтической стоматологии», в якому автором розділу «Заболевания пародонта» був професор І.Й. Новик. Це було визнанням його значного внеску в розвиток пародонтології.

Професор І.Й. Новик є автором понад 140 наукових праць, серед яких 9 монографій, під його керівництвом було підготовано і захищено 6 докторських та 40 кандидатських дисертацій.

Помер І.Й. Новик 1 грудня 1968 року. Усе своє життя він віддав становленню і подальшому розвитку вітчизняної стоматології, перетворенню її на повноправну галузь медицини.

РОЗВИТОК КАФЕДРИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ ТА ЇЇ НАУКОВІ ДОСЯГНЕННЯ

В.О. Маланчук, О.С. Воловар, Я.А. Кульбашна

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Київ, Україна

Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія – важливі частини галузі медицини, яка існує як задокументована спеціальність уже понад 5 тис років. Відомості щодо цього фаху є в трудах Гіппократа, Хван Лі, папірусі Еберса, на золотій чаші скіфів (V–IV ст. до н.е.).

Розвиток лікарського мистецтва в Київській Русі (X–XIII ст.) був пов'язаний з народною медициною. Вірогідно, в XV віці в Україні і Росії з'явилися перші лікарі-іноземці, але вони надавали допомогу лише багатим людям. Серед українського населення та козацтва у

XV–XVIII ст. були й ті, які надавали допомогу хворим і пораненим у мирний та військовий час – народні цілителі, лікарі, травники, ковалі, відуни і козаки-характерники. Перші письмові повідомлення про щелепно-лицеві поранення військового часу датовані XVII сторіччям.

З 1790 року зубні лікарі-іноземці запрошували до себе на навчання молодих людей із Росії, і, вірогідно, серед них були представники з України. У 1807 році професор І.Ф. Буш видав книгу «Руководство и преподавание хирургии», де були відомості про хірургічні хвороби порожнини рота. У 1810 році було встановлено звання «зубний лікар», а в 1838 році воно замінено на «дантист».

Початок наукової хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії в Україні, а відтак і зародження нашої кафедри можна вважати з часів М.І. Пирогова, який з 1835 року почав робити операції на обличчі, а у 1844 році прочитав курс лекцій із щелепно-лицевої хірургії, зокрема, «О сошвении нёбной занавески». У Севастополі під час облоги його європейцями в часи Кримської Війни 1853–1855 рр., М.І. Пирогов здобув досвід лікування вогнепальної травми обличчя, започаткував основи загальної і щелепно-лицевої військово-польової хірургії, сортування поранених, методи лікування вогнепальних переломів щелеп і ран обличчя – пращеподібну гіпсову пов'язку, перев'язку лицевої артерії в підщелепній ділянці, поїльник для поранених тощо.

У 1856 році професор кафедри хірургії П.П. Заблоцький-Десятовський видав книгу «О болезни рта и соседних ему частей». У 1862 році професор Київського університету Св. Володимира Ю.К. Шимановський провів резекцію нижньої щелепи, а в 1865 році видав всесвітньо відому книгу «Операции на поверхности человеческого тела», за яку отримав від імператора Росії 1499 карбованців сріблом. Він наголошував на необхідності створення кафедр військово-польової хірургії в університетах.

Л. Іванов у 1862 році видав статтю «О задушении языком при резекции нижней челюсти». У 1863 році Газен-Егер (Харків) захистив дисертацію «О резекции верхней и нижней челюстей». А. Дудукалов (Харків, 1868) вивчав хірургічне лікування вад обличчя, «вовчої пащі», Н.В. Склифосовський (1875) повідомив «Об иссечении обеих верхних челюстей». У 1882 році С.С. Шкляревський описує методи видалення злоякісних пухлин, ампутацію язика, Балтусевич (1893 р.) – операцію при переломі щелеп, А. Фалькенберг (1895 р.) – видалення пухлини з-під основи черепа з краніопластикою, А.А.Воробйов (1909

р.) – три випадки вогнепального поранення обличчя внаслідок суїциду тощо.

Завідувач хірургічної клініки Університету Св. Володимира у Київському військовому шпиталі професор Н.В. Скліфосовський після Російсько-турецької війни (1877–1878 рр.) означив потребу надання пораненим у щелепно-лицеву ділянку спеціальної допомоги. Він уперше в світі застосував місцеве знеболення під час операцій на обличчі, резекції верхньої щелепи. У 1883 році повідомив про необхідність лікувати зуби військовослужбовцям і, як наслідок, у 1897 році в Київському шпиталі було організовано зубний кабінет. У 1885 році в клініці Московського університету, якою він завідував, створено доцентуру із зубних хвороб. Там доцент Н.Н. Знаменський вивчав дентальну імплантацію, упровадив терміни «імплантат» і «імплантація». Його першу наукову працю «Имплантация искусственных зубов» було надруковано у 1891 році.

У 1891 році в Одесі Т.А. Тичинський відкрив першу зуболікарську школу, де викладали предмет з видалення зубів. До 1917 року в Україні налічувалося 14 зуболікарських шкіл, у яких викладали одонтохірургію, хірургію обличчя і прилеглих ділянок.

У 1914–1918 рр. у Києві, Одесі, Харкові відкрили щелепні лазарети й шпиталі, у яких поранених лікували загальні хірурги й зубні лікарі, які володіли методами шинування щелеп, без чого було неможливо лікувати переломи. До 1915 року в одному хірургічному відділенні військового шпиталю Києва було 10–15 ліжок для поранених в обличчя, 9.01.1915 року відкрито одонтологічне відділення на 80 ліжок (керівник – Головчинер Юда-Лейба син Шліоми). Тут С.С. Тигерштедт створив систему назубних шин і довів, що хворі з переломами нижньої щелепи в разі закриття порожнини рота шинами за 3 тиж не загинуть, а одужають. У 1915 році В.П. Філатов створив новий метод перенесення тканин із донорського місця в зону дефекту.

Ці зусилля лікарів посприяли появі у світ у 1915–1918 рр. «хірургічної стоматології» (oral surgery) і «щелепно-лицевої хірургії» (maxillo-facial surgery), створили основу для організації кафедр хірургічної стоматології.

Науковий шлях і досягнення кафедри корелюють з особистостями завідувачів і співробітників кафедр, і їх можна розділити на 6 періодів.

1-й період розвитку кафедр. У 1919 році наказом Наркомздраву в Київському медичному інституті було створено перші 3 кафедри

стоматології (терапевтичної, хірургічної, ортопедичної), у 1920 році – одонтологічний факультет. Першим завідувачем хірургічної кафедри був М.Й. Шапіро, який у 1901 році стажувався в Берліні впродовж 4 міс з фаху «щелепна хірургія» (фото 1). У штаті були завідувач та 3 асистенти. Створювали навчальні програми, вивчали методи лікування остеомиєліту щелеп. У 1925 році С.Н. Вайсблат видав монографію, присвячену знеболюванню. У 1919–1927 рр. в Олександрівській лікарні Києва працював зубощелепний кабінет (завідувач С.Н. Вайсблат), було 5–7 ліжок для щелепно-лицевих хворих.



Фото 1. М.Й. Шапіро

У 1927 році в лікарні відкрито перше щелепне відділення для цивільних і С.Н. Вайсблат був його завідувачем до 1931 року.

У 1930–1931 рр. хірургічні спеціальності було об'єднано і названо «хірургічна стоматологія». У 1931 році Київський одонтологічний факультет було реорганізовано в стоматологічний інститут, програми «оперативна стоматологія» і «оперативне зуболікування» були об'єднані. Вони включали всі розділи «щелепно-лицевої хірургії» – запальні процеси, онкологія, травматологія, реконструктивно-відновна і пластична хірургія. У 1931 році вийшло у світ керівництво Б.Б. Брансбурга «Хирургические методы лечения заболеваний челюстей». Випускник Київського медичного інституту (1903 року) професор В.Ф. Войно-Ясинецький (згодом архієпископ Криму Святий Лука) у 1934 році видав книгу «Очерки гнойной хирургии», за яку отримав Сталінську премію I ступеня. Чверть обсягу книги присвячено гнійній щелепно-лицевій хірургії.

2-й період. У 1931 році кафедру очолив С.Н. Вайсблат, паралельно він завідував кафедрою хірургічної стоматології в Київському інституті вдосконалення лікарів (фото 2). Щелепно-лицеве відділення Київського інституту ортопедії та травматології було клінічною базою кафедри, лікувальна та наукова робота присвячувалася переважно місцевому знеболению та одонтогенному остеомиєліту щелеп. У 1940

році в Одесі на Всесоюзній нараді щелепно-лицевих хірургів, де були представники кафедри, прийняли рішення щодо впровадження 5-го курсу для студентів стоматологічних факультетів для їх загальної хірургічної підготовки. Це підготувало хірургів-стоматологів до розвитку фаху, надання допомоги пораненим і хворим у період Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр. і в повоєнні часи. До початку війни 1941 року на кафедрі працювали: 1 завідувач, 3 доценти, 11 асистентів, 10 клінічних ординаторів, 7 аспірантів, 4 протезисти.

У 1939–1943 рр. мобілізовані до лав Червоної армії та евакуйовані в тил країни викладачі, хірурги-стоматологи лікували поранених в обличчя у військово-польових шпиталях разом із загальними хірургами. Брали участь у фінсько-радянській і Великій Вітчизняній війнах, працювали на передовій, у медсанбатах, шпиталях тилу всі співробітники кафедри, в тому числі А.М. Короленко, Д.І. Центіло, М.Л. Заксон, І.А. Ракша, Г.І. Семенченко, Е.С. Малевич, С.Н. Вайсблат, Ю.Й. Бернадський, В. Яковлев, Л.В. Назаренко, С.І. Бух-Чечік, Н.С. Коваль, Е.І. Бочерікова. У 1943 році в армії були створені шпиталі «Голова–шия» на 400–500 ліжок, де були нейрохірургічні, щелепно-лицеві, ЛОР- та очні відділення, і близько 85% поранених в обличчя досвідчених солдат було повернуто до армії, що наблизило перемогу.

Під час війни та після неї співробітники кафедри продовжували розробку тих самих наукових проблем, працювали над проблемою реконструктивно-відновлювальної хірургії обличчя. У 1943 році за хорошу роботу в інституті і шпиталях, спрямовану на лікування поранених, професора С.Н. Вайсבלата було нагороджено орденом «Знак Почета». Він підготував 12 кандидатів наук, є автором близько 120 наукових праць, монографії «Провідникова анестезія в хірургії зубів та щелеп», яка витримала 6 видань, та «Гнійні остеомієліти щелеп». Вони й досі мають практичну цінність. Як головний стоматолог МОЗ УРСР



Фото 2. Професор С.Н. Вайсблат

(1946–1953 рр.) С.Н. Вайсблат організовував обласні товариства стоматологів, упроваджував досягнення науки в практику лікувальних установ. Йому присвоєно звання Заслуженого діяча науки УРСР.

Досвід вітчизняних щелепно-лицевих хірургів 1941–1945рр. було викладено в 6 томі видання «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». Автори шостого тому – військові і цивільні лікарі, викладачі медичних академій та інститутів Д.А. Ентин, Б.Д. Кабаков, М.Ф. Даценко, А.А. Кьяндський, Г.М. Іващенко, В.В. Фіалковський, Я.М. Збарж, Я.Е. Бронштейн, М.М. Великанова, Д.Є. Танфільєв, В.М. Уваров, И.А. Бегельман, А.В. Каздова, Н.М. Міхельсон, Є.Є. Бабіцька, Д.Н. Балащенко, Д.Г. Гольдберг, М.Л. Щерба, М.Д. Дубов, А.А. Лімберг, Є.А. Александрова, М.С. Асс, М.М. Ванкевич.

Після 1945 року була потреба в лікуванні постраждалих із наслідками вогнепальних поранень обличчя, тому розробляли питання реконструктивно-відновної і пластичної хірургії обличчя. Це – лікування і профілактика ускладнень при вогнепальних пораненнях обличчя, ранні кістково-пластичні операції для усунення дефектів, вільна кісткова пластика трансплантатами з ребра, клубової кістки, використання стебла Філатова і місцевого пластичного матеріалу для усунення дефектів і деформацій кісток і м'яких тканин обличчя, відновлення втрачених органів (носа, щік, губ), використання нових медикаментів (антибіотиків), підготовка до протезування зубів, лікування вроджених вад обличчя, вдосконалення методів знеболення тощо. Розроблено нові методи остеосинтезу, місцево-пластичні операції, репонуєчі, формувальні і замінні щелепні апарати і протези. Серед відомих науковців того часу – Г.І.Семенченко, Е.С.Малевиц, Н.С.Коваль, Д.І.Центіло.

3 період. У 1953–1961 рр. кафедрою завідував професор М.В. Фетісов (фото 3). Основні напрямки наукової роботи: розробка проблем знеболення щелепно-лицевої ділянки, одонтогенний остеомієліт, оперативні доступи до піднебінної і крилоподібної ділянок, питання пластичної хірургії. Запропоновано методи провідникової анестезії, усунення деформацій носа при незрощенні верхньої губи, формування Філатовського стебла з кісткою для пластики щелеп, остеосинтез відламків нижньої щелепи дротяним швом, металевим стрижнем або капроною ниткою, пломбування кістозних порожнин кістковими гомо- та гетеротрансплантатами.

Під керівництвом М.В. Фетісова захищено 1 докторську і 4 кандидатських дисертацій, надруковано близько 100 статей і 2 монографій: «Местное обезболивание в челюстно-лицевой области» та «Одонтогенный остеомиелит челюстей».

У докторській дисертації Г.І. Семенченка (1958) викладено нейротрофічну теорію розвитку остеомиєліту щелеп. У 1958 році Г.І. Семенченка обрано завідувачем кафедри хірургічної стоматології Одеського медичного інституту. Професор Г.І. Семенченко розробив методи лікування анкілозів скронево-нижньощелепного суглоба, у травні 1962 року вперше в СРСР виконав остеотомію верхньої щелепи на рівні Фор-1, у 1964 році розробив нові методи лікування незрощень верхньої губи і піднебіння з кістковою пластикою (спільно з В.І. Вакуленко). Був деканом стоматологічного факультету Одеського медичного інституту до 1969 року.



Фото 3. Професор М.В. Фетісов

4-й період. Професор Ю.Й. Бернадський завідував кафедрою Київського медичного інституту у 1961–1988 рр. (фото 4). Він систематизував стоматологічну літературу, що вийшла в СРСР за період з 1917 по 1968 рік, видав 2 томи бібліографічного довідника, розробив методи медикаментозної седативної підготовки при місцевому знеболенні, лікуванні переломів щелеп, незрощеннях піднебіння, пухлинах обличчя тощо. Під його керівництвом професора Ю.Й. Бернадського захищено 14 докторських і 55 кандидатських дисертацій. Його перший в УРСР підручник 1965 року видання українською мовою, двотомний посібник (1970–1972) рекомендовані МОЗ СРСР і України як навчальна література для студентів і лікарів-курсантів.

Розроблено щадні операції при незрощеннях піднебіння (Р.Н. Чеховський, 1982). Професор В.С. Процик з 1965 року вивчав проблеми злоякісної онкології, лікування пухлин верхньої щелепи.

У 1964 році Ю.Й. Бернадський і П.В. Ходорович вперше виїхали

з доповідями на конгрес за кордон, і відтоді до фахівців кафедр СРСР і України стали приїздити іноземні делегації.

В 1977 році за порадою Ю.Й. Бернадського і С.Й. Криштаба ординатори В.О. Маланчук та В.В. Лось відновили дентальну імплантацію. Як результат, МОЗ СРСР у 1985 році дало дозвіл на використання цього методу в країні. У 1980 році в Києві за ініціативи професора Ю.Й. Бернадського вперше в СРСР створили щелепно-лицеву клініку для дітей на 30, пізніше – на 60 ліжок, і реорганізували її в Державний центр щелепно-лицевої хірургії для дітей (1994). Його керівниками були Р.Н. Чеховський, Д.В. Дудко, Л.В. Харьков.

У 1977 році на кафедрі запровадили біологічний підхід до хірургії лицевого черепа, вивчення імунітету хворих і репаративних властивостей кісток на культурі тканин (Л.М. Окунева, В.С. Астахова, В.О. Маланчук), у 1985 році – дистракцію нижньої щелепи та мікрохірургічну пересадку тканин на обличчя (О.М. Короленко), у 1986 році – дистракцію верхньої щелепи, пересадку плесне-фалангового суглоба замість скронево-нижньощелепного (В.О. Маланчук). Черепно-лицеву хірургію співробітники кафедри розпочали спільно з нейрохірургами. У 1987 році – оперативні втручання при черепно-лицевих травмах, у 1995 році – при внутрішньочерепних пухлинах, трансфациальні доступи, видалення пухлин з-під основи черепа (В.О. Маланчук, Ю.П. Зозуля, В.І. Цимбалюк).

З 1985 року розпочали біомеханічні дослідження кісток лицевого черепа для травматології, дентальної імплантації, з 2000 року – стали використовувати 3Д стереолітографічні моделі кісток лицевого черепа (фірми «Матеріалайз»), CAD/CAE/CAM технології, комп'ютерне планування операцій на лицевому черепі (О.Л. Ціленко, В.О. Маланчук, І.Г. Логвиненко), вивчення захворювань щелепно-лицевої ділян-



Фото 4. Професор Ю.Й. Бернадський

ки і сполучної тканини, перебігу осколкових переломів нижньої щелепи (В.О. Маланчук, О.О. Воловар, А.Н. Гусейнов).

Упродовж 100 років розвитку щелепно-лицевої хірургії в Україні співробітники кафедри вивчали всі її розділи і нозологічні групи: знеболення (С.Н. Вайсблат, М.В. Фетісов, Ю.Й. Бернадський), запальні процеси, остеомієліт (С.Н. Вайсблат, Г.І. Семенченко, Ю.А. Юсубов, А.М. Короленко, Є.М. Логановська, Я.А. Кульбашна) у наркозалежних (В.О. Маланчук, І.С. Бродецький), пластичну хірургію обличчя (Р.Н. Чеховський), захворювання слинних залоз (В.С. Коваленко, Д.В. Топчий, В.Н. Перерва), доброякісні пухлини (Н.С. Коваль, О.В. Бабашев, М.І. Мігович), травматичні ушкодження кісток обличчя (Л.В. Назаренко, П.В. Ходорович, В.О. Маланчук), компресійно-дистракційний метод (В.О. Маланчук), імунітет і регенеративні властивості кісток людини (В.С. Астахова, О.Л. Ціленко, В.П. Батієвська, В.А. Маланчук), доброякісні і злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки (В.С. Процик, Д.В. Дудко, В.Г. Центіло, С.М. Шувалов), ушкодження і деформації середньої зони обличчя (Г.І. Семенченко, В.І. Вакуленко, В.О. Маланчук, І.П. Логвіненко, Н.М. Тимощенко, Аболфаз), анкілози СНЩС (Г.І. Семенченко, М.М. Веліканова, В.О. Маланчук), вроджені вади обличчя (Г.І. Семенченко, Ю.Й. Бернадський, О.В. Коваль, Х.А. Бадалян, Р.Н. Чеховський, Л.В. Харьков, В.О. Маланчук), роль сполучної тканини в патології обличчя (О.С. Воловар), генетичні дослідження при вроджених вадах обличчя і пухлинах слинних залоз (І.С. Бродецький), методи дентальної імплантації (В.О. Маланчук), питання мікрохірургії обличчя (А.М. Короленко, В.О. Маланчук), естетичної хірургії та рубців обличчя, судової стоматологічної експертизи (В.О. Маланчук), передпротезної хірургії (А.В. Чумаченко), інші теми.

Напрямки сучасних наукових досліджень відповідають розвитку сучасної медицини, біологічним і загальним медичним уявленням, клінічним потребам, тенденціям розвитку науки й техніки, а низка наукових розробок за напрямком і глибиною навіть випереджають (або випереджали раніше) аналогічні дослідження розвинених країн Заходу, наприклад, в галузі вивчення ролі гіпервітамінозу А в патогенезі розвитку вроджених каліцтв/незрощень обличчя, імунологічного забезпечення при захворюваннях кісток обличчя, distraкційно-компресійного методу, лікування анкілозів СНЩС, репаративних процесів тощо.

Актуальні дослідження, які проводять співробітники кафедри:

- вивчення і корекція регенеративних властивостей кісток обличчя;
- дистракційно-компресійні методи усунення дефектів і деформацій щелеп;
- кістковопластична хірургія обличчя;
- хірургія скронево-нижньощелепних суглобів, зокрема артропластика аутоплюснефаланговим суглобом пацієнта або штучним суглобом із монокристалу та дистракційним вузлом;
- знеболення тканин щелепно-лицевої ділянки, хірургічне усунення больових синдромів – декомпресія нервів, невротомії тощо;
- мікрохірургія щелепно-лицевої ділянки, у тому числі пересадка на обличчя на судинних анастомозах складних клаптів тканин із шкіри, клітковини, м'язів, кісток, нервів, з інших ділянок тіла;
- імунологічне, комп'ютерне, біомеханічне забезпечення реконструктивно-відновлювальних операцій на лицевому черепі;
- регенеративна і генетична стоматологія, корекція репаративних процесів, репаративного гістіо- і остеогенезу, що особливо важливо в зоні наслідків аварії на Чорнобильській АЕС;
- хірургічна імплантація і створення нових трансплантатів, імплантатів, фіксаторів при переломах кісток;
- хірургічне лікування вроджених і набутих дефектів і деформацій;
- лікування захворювань слинного апарату.

5-й період – період завідування кафедрою професора Д.В. Дудко (1989–1993 рр.) (фото 5). Співробітники кафедри продовжували проводити наукові дослідження за участю фахівців НДІ НАН, НАМН України.

У цей час набула розвитку черепно-щелепно-лицева хірургія. Європейську асоціацію черепно-щелепно-лицевих хірургів було створено в 1970 році (Obwegeser H., 1997). Передбачено виконували оперативні втручання з приводу захворювань лицевого і мозкового черепа в разі одномоментного ураження їх.

Хірургічне лікування потерпілих з лобно-лицевою травмою розпочали з травня 1987 року в лікарні швидкої невідкладної допомоги співробітники кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця та НДІ нейрохірургії. Операції при злоякісних пухлинах черепно-лицевої ділянки виконували у відділенні пухлин голови й шиї Національного інституту раку (профе-

сор В.С. Процик), видалення добро-
якісних пухлин порожнини черепа
й поза нею – в НДІ нейрохірургії з
1995 року, видалення пухлин з-під
основи черепа – в НДІ оторинола-
рінгології за участі щелепно-лице-
вих хірургів університету.

Досягнення фахівців кафедри
відзначено зарубіжними колегами.
У Київ приїздили численні делега-
ції зі США, Англії, Франції, Японії,
інших країн Європи, Азії й Африки,
бо кафедра хірургічної стоматології
НМУ імені О.О. Богомольця була
головною за фахом МОЗ СРСР, а
нині – МОЗ України.

У 1992 і 1993 рр. президент Єв-
ропейської асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів (EACMFS)
професор Р. Фріс (Лінц, Австрія) приїздив до Києва для зустрічі з фа-
хівцями України, Росії, Білорусії, інших країн СНД.

Професор Р. Фріс виступив з лекціями, запросив колег вступати
до EACMFS, IAOMFS. Через рік професор Р. Фріс узяв участь у зборах
зі створення Української асоціації (36 фахівців). Головою оргкомітету
було обрано професора Ю.Й. Бернадського, заступником – профе-
сора Ю.В. Вовка (м. Львів), секретарем – В.О. Маланчука, технічним
секретарем – В. Кліменко. Розпочалася нова співпраця з колегами сві-
ту, Європи, інтеграція щелепно-лицевих хірургів України у світовий
медичний простір.

Після візиту професора Р. Фріса у 1992 році делегація України безко-
штовно взяла участь у роботі XI конгресу EACMFS в Інсбруку: профе-
сор Ю.Й. Бернадський, асистент В.О. Маланчук, старші лаборанти В.М.
Живогляд, О.М. Живогляд. Був виступ з доповіддю, надруковано 2 тези,
делегатів прийняли в члени ЄАЧЩЛХ, а В.О. Маланчука професор Ю.Й.
Бернадський рекомендував у члени Ради Європейської та Інтернаціо-
нальної Асоціацій від України. Тож Україна з 1992 року представлена в
Раді ЄАЧЩЛХ (В.О. Маланчук), з 1994 року – у Конфедерації Європей-
ських національних асоціацій щелепно-лицевих хірургів (В.І. Куцевляк,
В.О. Маланчук, Л.В. Харьков), з 1995 року – у Раді МАЩЛХ (Ю.В. Вовк).



Фото 5. Професор Д.В. Дудко

У 1994 році на конгресі в Гаазі В.А. Маланчук, Л.В. Харьков, В.І. Куцевляк передали в ЕАСМФС адреси 18 професорів України і вони стали одержувати наукову інформацію, відомості щодо навчання щелепно-лицевих хірургів, отримано згоду на стажування українських лікарів у Європі і світі. Відтоді завдяки співпраці з представниками ЄАЧЩЛХ і МАЩЛХ делегації України неодноразово брали участь у конгресах ЄАЧЩЛХ і МАЩЛХ. Поїздки на конгреси, стажування за кордоном стали регулярними.

У 1991 році кафедра втратила дитячу клінічну базу в лікарні «Охматдит», а в 1993 році – відділення на 60 ліжок для дорослих по вул. Зоологічна, 1, в якому велася робота з 1963 року в спеціально для клініки побудованому приміщенню. У 1988–1989 рр. засновник черепно-лицевої хірургії Поль Тесье на запит В.О. Маланчука надіслав наукові праці, що підтвердили правильність розвитку черепно-щелепно-лицевої хірургії в Україні і в 1995 році важливі доповнення було включено до програми навчання студентів, інтернів.

З кінця 1993 і до початку 1995 року посаду в.о. завідувача кафедри обіймала доцент Л.Ф. Позняк.

6-й період. З 1995 року завідувачем кафедри став д-р мед. наук В.О. Маланчук (фото 6). У 1995–1997 рр. співробітники кафедри хірургічної стоматології розробили й опрацювали (В.О. Маланчук, О.С. Воловар) нову навчальну програму, а в 1997 році разом з УМСА (О.В. Рибалов) та ХНМУ (Г.П. Рузін) затвердили в МОЗ цю програму для ВНМЗ України з темами відповідно до програм країн Європи й стану спеціальності. Так було оформлено зближення національної і європейської систем підготовки фахівців для стоматології і щелепно-лицевої хірургії, підвищено рівень та вимоги до знань стоматологів і щелепно-лицевих хірургів практичної медицини.

До роботи в держкомісіях з ідентифікації загиблих громадян України в авіакатастрофах (1–15.09.1996,



Фото 6. Професор В.О. Маланчук

Норвегія, Тромсьо, Шпіцберген; 21–28.12. 1997, Греція, Салоніки) було долучено хірурга, професора В.О. Маланчука.

12.01.1996 року створено Українська асоціацію черепно-щелепно-лицевих хірургів (УАЧЩЛХ). З 1996 року розпочалася робота з упровадження спеціальності «щелепно-лицева хірургія» в перелік медичних спеціальностей МОЗ України. Отримані обіцянки міністрів, доручення Кабінету Міністрів до МОЗ, подані до МОЗ підготовлені робочою групою необхідні документи (вх. № 22/59 від 09.03.2000 р.) та інше, але позитивного результату до 2021 року не отримано.

З 1998 року кафедра НМУ в Києві започаткувала проведення щорічних науково-практичних форумів зі стоматології та щелепно-лицевої хірургії з друкуванням тез доповідей (двічі це було в Одесі).

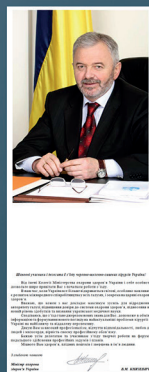
У 1999–2000 рр. академік В.І. Цимбалюк, професор В.О. Маланчук і реаніматолог ІНХ Ю. Ростоцький врятували життя представнику Президента України після замаху (постріл у голову). Пізніше успішно прооперували двох послів країн Європи та Азії. Політичний імідж України було підвищено, і країна отримала політичні, матеріальні та моральні преференції. Це було відзначено Президентом України – хірурги отримали ордени «За заслуги» 3 ступеня, а реаніматолог – звання «Заслужений лікар України».

У 2002 та 2011рр. кафедра захистила Свідощтвами на авторське право відкриття: «Гетерогенність фібробластів кісткового мозку людини», № 6282 від 24.09.2002 року (В.С. Астахова, В.О. Маланчук, О.Л. Ціленко) і «Відображення проекції скронево-нижньощелепного суглоба на райдужній оболонці ока», № 3625 від 08.02.2011 року (О.С. Воловар, В.О. Маланчук, О.О. Крижанівська).

3 грудня 2014 року Головний стоматолог МО України, професор Р.Х. Камалов і член-кор. НАМН Маланчук В.О. провели конференцію з лікування травм обличчя. Учасник війни в Афганістані, професор Р.Х. Камалов виступив з лекцією про щелепно-лицеві поранення та їх лікування, В.О. Маланчук – з лекцією: «Особливості надання хірургічної стоматологічної допомоги у військовий час і надання невідкладної медичної допомоги». Виступали також професори В.І. Куцевляк (Харків), проф. А.М. Ліхота (ВМА), доц. О.О. Мосейко (Запоріжжя), доц. В.В. Лисенко (Харків) та ін.

Завідувач кафедри В.О. Маланчук з 25.12.2002 по 15.04.2005 року працював за конкурсом (1:54) завідувачем відділу з питань охорони здоров'я, сім'ї, молоді, фізичної культури і спорту та туризму Управ-

Вітання учасникам конгресів та з'їздів, проведених кафедрою та асоціацією, від керівників держави



ління з гуманітарної політики Головного управління з питань внутрішньої політики Адміністрації Президента України Л.Д.Кучми. Результати роботи в АП України: підготовка проектів указів, розпоряджень та доручень Президента з питань гуманітарної політики держави – з біологічної безпеки, медичної допомоги, профілактичної і регенеративної медицини, вакцинації, молодіжної політики, міждержавного усиновлення дітей, позбавлених батьківського піклування, фізкультури і спорту, туризму. У 2003 році розпочато створення двох інститутів – Інституту генетичної та регенеративної медицини в НАМН (з Президентом АМН, акад. НАНУ О.Ф. Возіановим), Інституту імунології в НМУ (ліквідований ректором НМУ у 2015 р.). Сприяння виділенню 3 місць членів-кореспондентів АМН з фаху «стоматологія» натомість одного. Моніторинг роботи 4 міністерств та 1 державного комітету України. Збільшено в 3,5 разу кількість нагороджених медпрацівників. Робота в держкомісіях – з біобезпеки РНБО (заборонено у 2003–2004 рр. і цим відтерміновано на 2 роки створення баклабораторій третіх країн в Україні та передачу їм панелі музейних штамів ендемічної мікрофлори України); з підготовки даних щодо особливо небезпечних бойових інфекцій – атипової пневмонії (2003), інших. Подано проекти Указів, Розпоряджень, Доручень Президента: «Біологічна безпека України», «Питна вода України»,

«Школа, лагідна до дитини», «Профілактика туберкульозу в Україні», «Профілактична стоматологія», «Раціональна вакцинація», «Розвиток зеленого туризму» тощо.

У 2003 році АМН України оголосила конкурс на одне місце члена-кореспондента за фахом «Стоматологія», чого на 25 000 стоматологів було недостатньо (на 350 фахівців іншого фаху було 3 академіки і 1 член-кор.). Про це В.О. Маланчук проінформував Президента АМН академіка О.Ф. Возіанова і академіка-секретаря АМН, члена-кореспондента АМН, професора В.А. Міхньова. Це було враховано і в АМН України було обрано трьох стоматологів, що підвищило імідж стоматології – К.М. Косенка, Л.В. Харькова і В.О. Маланчука.

У 2009–2014 рр. співробітники кафедри видали сучасні національні підручники з основ стоматології та з фаху, які значно поліпшили викладання спеціальності студентам, підготовку молодих стоматологів, лікарів загальної практики та щелепно-лицевих хірургів.

У жовтні 2015 року з ініціативи кафедри було створено Українську Асоціацію стоматологічної освіти (УАСО), яка розробила нову модель професійної підготовки майбутніх стоматологів України. Її президент з 2019 року – д. пед. наук, професор кафедри Я.А. Кульбашна. Асоціація надала пропозиції до МОЗ, МОН та комітетів Верховної Ради України.

Розробки кафедри в галузі нанотехнологій, наномедицини для щелепно-лицевої хірургії були подані на конкурс щодо здобуття Премії Президента України для молодих учених. Премію отримала доцент А.В. Рибачук за роботу «Нові сполуки з рослинних флаванолідів та субстанцій наночастинок срібла та золота» (Указ Президента України № 458/2017 від 29.12.2017 р.).

Навесні 2018 року Президентом НАНУ Б.Є. Патеном та Президентом НАМН В.І. Цимбалюком підписано програму спільної роботи для стоматології, враховані пропозиції підготовлені кафедрою ХС та ЩЛХ.

17 травня 2019 року з нагоди 100-річчя кафедра ХС та ЩЛХ НМУ імені О.О. Богомольця провела VI з'їзд УАЧЩЛХ, у роботі якого взяли участь делегації всіх кафедр і регіонів України. Створено ювілейне видання щорічного травневого збірника наукових тез, надруковано плакат, присвячений ювілею, в якому відзначено основні події і досягнення кафедри за 100 років. З нагоди 100-річного ювілею кафедри отримано вітання від Президента ЕАСМФС (2018–2020 рр.) проф. Ж.-П. Менінго (Франція), а з'їзд було включено в графік щорічних професійних заходів Європейської асоціації.

Dear colleagues!

It is my pleasure to support your outstanding event, the VI Congress of Ukrainian association of cranio-maxillo-facial surgeons, devoted to 100 years of department of oral and maxillo-facial surgery Bogomolets national medical university.

A one century anniversary is exceptional in our field and has to be praised. The program of your convention encompasses all the main topics of our specialty including some hot ones like war maxillofacial traumatology or cells and 3D CAD/CAE technologies. It will be an important occasion of medical education for trainees in particular and for all maxillofacial surgeons in general. The EACMFS is happy to endorse your scientific meeting. We wish you a wonderful time in Kiev.

Of course, we are happy to invite you to 25th EACMFS Congress, which will be held in 15–18 of September 2019 in Paris, France. See you soon

With kind regards,

Yours sincerely

Professor Jean-Paul Meningaud Presiden



A handwritten signature in black ink, which appears to read 'J. Meningaud', written over a horizontal line.

У 2018 році група із 7 стоматологів – 3 терапевти (професори С.А. Шнайдер, О.В. Деньга, І.П. Мазур), 1 ортодонт (професор М.С. Дрогомирецька) та 3 щелепно-лицевих хірурги (член-кор. НАМН України В.О. Маланчук, професор А.М. Ліхота, доцент А.В. Рибачук) – подала матеріали роботи на конкурс у комітет з Державних премій України в галузі науки і техніки. Робота стоматологів здобула перемогу після багатоетапного конкурсу. Голова Комітету, Президент НАНУ, академік Б.Є. Патон підписав документи для Офісу Президента України. 13.01.2020 року було підписано Указ № 4, згідно з яким авторам призначено Державну премію України в галузі науки і техніки.



Колектив кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

У 2019 році з ініціативи кафедри розроблено програму нової навчальної дисципліни для студентів 2-го курсу – «Введення в клінічну стоматологію». Досвід перших років викладання показав необхідність вдосконалення форм вивчення нової дисципліни.

На початку 2020 року в умовах світової пандемії COVID-19 щелепно-лицева хірургія країни опинилася в складних умовах – майже всі клінічні кафедри ВМЗО України з 1.04.2020 р. опинилися без шпитальних баз.

Навесні 2020 року УАЧЩЛХ і кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії отримала пропозицію від Інтернаціональної асоціації оральних та щелепно-лицевих хірургів та Європейської асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів (EACMFS) долучитися до міжнародної співпраці з проведення стажування з фаху молодих хірургів усіх країн світу і дала на це згоду за погодженням керівництва університету та інших закладів освіти і медичних закладів країни.

МИНУЛЕ ТА СЬОГОДЕННЯ КАФЕДРИ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Неспрядько В.П., Клітинський Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортопедичної стоматології,
м. Київ, Україна

Кафедру протезного зуболікування було організовано у 1920 році. Там працювали 4 співробітники: завідувач, асистент та два лаборанти. Протягом наступних 28 років завідувачем кафедри був зубний лікар Лев Дудкін (фото 1). Освіту одержав у Варшаві у 1892–1893 рр., після чого працював лікарем, викладав у зуболікарських школах, на кафедрі факультетської хірургії медичного факультету Київського університету Святого Володимира. Під час першої світової війни у 1914 році працював в шпиталі інструктором з ортопедичної апаратури і складних протезів для поранених щелепного відділення. До реабілітації щелепно-лицевих поранених у Льва Дудкіна був творчий підхід.

Після створення кафедри вона опинилася в доволі скрутних матеріальних умовах з низькою кваліфікацією викладацьких кадрів, і тому наукова робота протягом тривалого часу проводилася на низькому рівні.

З 1930 року на кафедрі ортопедичної стоматології почалося викладання ортодонтії.

У 1940 році була підготовлена перша кандидатська дисертація М.М. Матесіса «Фіксація знімного протеза на нижній щелепі».

Під час Другої світової війни кафедру було евакуйовано до міста Фрунзе, співробітники працювали в шпиталях. У цей час співробітниками кафедри було виконано кілька наукових праць. Значний розвиток одержала щелепно-лицева ортопедія та складне зубне протезування у



Фото 1. Лев Дудкин

поранених після бойових травм щелепно-лицевої ділянки.

З 1948 по 1949 рік обов'язки завідувача кафедри ортопедичної стоматології виконував доцент І.Л. Злотник (фото 2). Він захистив кандидатську дисертацію в 1944 році, був автором близько 30 наукових праць. Переважна більшість праць була присвячена ортодонтії. У 1948 році з друку вийшла монографія «Ортодонтія», яка тривалий час була основним навчальним посібником на стоматологічних факультетах.

У 1949 році кафедру очолив А.І. Бетельман. До цього він мав значний досвід роботи ортопеда в стоматологічних установах. Працював у Центральному інституті травматології та ортопедії. Після захисту кандидатської дисертації у 1941–1945 роках завідував кафедрою ортопедичної стоматології Пермського стоматологічного інституту, був консультантом щелепно-лицевого відділення евакуаційного шпиталю. До 1949 року працював доцентом кафедри ортопедичної стоматології Московського медичного інституту.

У 1947 році захистив докторську дисертацію на тему «Клініка пластинчастого зубного протезування». Він автор підручника «Ортопедична стоматологія» у співавторстві з Б. Биніним. Цей підручник витримав кілька видань, був популярним в колишньому СРСР та інших країнах.

У період, коли кафедрою завідував професор А.І. Бетельман (фото 2), окрім навчального та лікувального процесу велася велика наукова робота, основні напрямки якої були присвячені дослідженню і вдосконаленню методів зубного протезування та ортодонтичного лікування зубо-щелепних деформацій і щелепно-лицевих дефектів, науковому обґрунтуванню методів лікування. Через усі роботи А.І. Бетельмана проходить ідея взаємозалежності порожнини рота з організмом людини в цілому, зв'язки між формою і функцією.



Фото 2. А.І. Бетельман

Абрам Ісаакович запропонував низку клінічних класифікацій, нові методи діагностики та лікування дефектів і зубо-щелепних деформацій, обґрунтував мануальні маніпуляції, що їх застосовують під час виготовлення ортопедичних апаратів.

Великою заслугою А.І. Бетельмана є розробка проблеми профілактики у клініці ортопедичної стоматології. Потрібно відзначити повсякденну роботу колективу кафедри, співробітники якої проводили індивідуальні наукові дослідження, які завершувалися успішними захистами кандидатських дисертацій: М. П'ясецький «Використання анатомічних і біофізичних методів фіксації протезів при протезуванні щелеп з частковими дефектами зубних рядів», А. Мухіна «Дистальний і мезіальний прикус (клініка і лікування)», І. Корбелецький «Порівняльна оцінка методів фіксації часткових знімних протезів», Ю. Александрова «Заміщення дефектів зубів і зубних рядів у дітей» та ін.

Здобутком кафедри була розробка засобів профілактики у клініці ортопедичної стоматології. Для цього було організовано кабінет профілактики та раннього лікування аномалій прикусу. Кабінет проводив роботу з виявлення дітей з ранніми стадіями зубо-щелепних аномалій і деформацій та надання їм ранньої ортодонтичної допомоги. Організовано логопедичну та ортопедичну допомогу дітям з незрощеннями твердого і м'якого піднебіння. Співробітники кафедри працювали над виявленням чинників, що призводили до появи зубо-щелепних деформацій у дітей.

Проведено велику організаційну роботу, результатом якої було запровадження штатних одиниць стоматологів-ортодонтів у містах та обласних центрах. На підтримку цього кроку було видано монографію «Клініка і лікування деформацій зубощелепної системи у дітей» – автори З. Василевська, А. Мухіна, М. Хотинська та підручник «Ортопедична стоматологія дитячого віку» – автори А.І. Бетельман, А. Познякова, А. Мухін, Ю. Александрова, підручник «Ортопедична стоматологія» – автор А.І. Бетельман.

Під керівництвом А.І. Бетельмана захищено одну докторську і 31 кандидатська дисертації.

З 1969 по 1984 рік кафедру очолював професор Сергій Йосипович Криштаб (фото 3). У 1949 році він закінчив з відзнакою стоматологічний факультет Київського медичного інституту. Деякий час працював лікарем. З 1951 року його життя було пов'язане з кафедрою ортопедичної стоматології. У 1969 році захистив докторську дисерта-

цію, яка була присвячена процесам росту та розвитку нижньої щелепи. Такі роботи стали фундаментальними для ортодонтів та ортопедів.

Діяльність професора С.Й. Криштаба була націлена на розв'язання важливих на той час теоретичних та практичних питань щодо методології викладання пропедевтичного курсу ортопедичної стоматології та ортодонтії, функціональної діагностики, застосування нових матеріалів та технологій для виготовлення зубних протезів.

На кафедрі розпочалася ера дентальної імплантації, вивчалися процеси адаптації до ортопедичних конструкцій. С.Й. Криштаб і надалі розвивав функціональний напрям у стоматології, особливо зробив вагомий внесок у розвиток ортодонтії в роботах, присвячених комбінованим методам лікування зубо-щелепних аномалій і деформацій із застосуванням хірургічних втручань на альвеолярній кістці.

Значну увагу С.Й. Криштаб приділяв вивченню етіології та патогенезу незрощень піднебіння та допомозі таким дітям. Кафедра була центром надання лікарської допомоги цим дітям. Досвід роботи з такою патологією висвітлено в монографії «Ортопедичне лікування незрощень піднебіння» – автори С.Й. Криштаб, А. Мухіна, О. Немчинова.

Монографія «Аномалії нижньої щелепи» авторства С. Й. Криштаба вийшла в 1975 році. У ній викладено питання морфогенезу нижньої щелепи, описано вікові зміни та аномалії розвитку, наведено рекомендації щодо диференціальної діагностики аномалій прикусу. Це дало змогу автору найбільш раціонально визначити принципи і межі ортопедичного, поєднаного чи реконструктивного лікування деформацій нижньої щелепи з урахуванням вікових та конституціональних особливостей лицевого скелету.

Ці та інші питання ортодонтії було викладено в монографії «Ортодонтія та протезування в дитячому віці» – автори С.Й. Криштаб, К. Стрелковський, Г. Варави.



Фото 3. С.Й. Криштаб

Багаторічний досвід лікаря і педагога дав можливість С.Й. Криштабу підготувати підручник «Ортопедична стоматологія», який було видано у 1986 році. Під керівництвом професора С.Й. Криштаба захищено 2 докторські та 12 кандидатських дисертацій.

На початку 80-х років у структурі кафедри відбулися суттєві зміни. Зокрема, 1982 року кафедру було реорганізовано на кафедру ортопедичної стоматології та кафедру пропедевтики ортопедичної стоматології і ортодонтії, очільником якої став професор З.С. Василенко.

З 1985 року кафедру ортопедичної стоматології очолює професор В. П. Неспрядько – відомий в Україні та за кордоном вчений-стоматолог, автор низки фундаментальних досліджень у галузі експериментальної та клінічної ортопедичної стоматології (фото 4). Зробив значний внесок у розвиток медичної науки, підготовку стоматологічних кадрів і підвищення рівня стоматологічної допомоги в Україні.

Після закінчення з відзнакою Київського медичного інституту на шляху становлення Валерія Неспрядька як високопрофесійного фахівця були клінічна ординатура, аспірантура, робота асистентом, доцентом кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології та ортодонтії. Далі був захист докторської дисертації, посада доцента кафедри ортопедичної стоматології і призначення виконувачем обов'язків завідувача кафедри ортопедичної стоматології. З 1986 року його обрано на посаду завідувача. Відтоді він є незмінним завідувачем кафедри й до сьогодні.

За значні досягнення в галузі науки і техніки Валерію Неспрядьку 1999 року було присвоєно звання Заслужений діяч науки і техніки України.

Під керівництвом Валерія Петровича Неспрядько виконано і захищено 11 докторських та 45 кандидатських дисертацій.



Фото 4. В.П. Неспрядько

Серед доробку кафедри понад 700 наукових праць Валерія Неспрядька, серед яких підручники, монографії, навчальні посібники, найважливішими серед яких є:

- «Ортопедична стоматологія» (М. Рожко, В. Неспрядько, 2003);
- «Зубопротезна техніка» (М. Рожко, В. Неспрядько, 2016);
- «Дентальна імплантологія. Основи теорії та практики» (В. Неспрядько, П. Куц, 2009);
- «Prosthetic Dentistry» (V. Nespriadko, Z. Zhegulovych, 2015);
- «Ортопедична стоматологія» (М. Рожко, В. Неспрядько, 2020).

Валерій Неспрядько – автор понад 40 винаходів та патентів, серед яких принципово нові методи діагностики і лікування захворювань зубо-щелепної системи.

Кафедра ортопедичної стоматології протягом останніх 30 років є базою для проведення секційних засідань наукових конференцій, її співробітники виступають на міжнародних науково-практичних конференціях у рамках міжнародних спеціалізованих виставок «Стоматологія». За ініціативи співробітників кафедри в науково-практичному навчальному центрі організовано роботу семінару «Сучасні технології в ортопедичній стоматології».

З 2006 року проводилися наукові читання, присвячені пам'яті професора С. Криштаба.

Сьогодні географія міжнародних зв'язків кафедри – це розвинені світові держави. Зокрема, одним із важливих етапів у міжнародному житті кафедри стали телеконференції з Університетом Південної Каліфорнії, організаторами яких були професор з університету Південної Каліфорнії Хьюго Шмідт та доцент Юрій Клітинський. Захід відбувався за сприяння посольства США в Україні, було задіяно супутниковий зв'язок, підібрано час, щоб уникнути різниці в часі. Були доповіді з однієї й іншої сторони. Це була одна з перших солідних міжнародних співпраць.

Серед переліку заходів, в організації яких брали участь співробітники кафедри, 10-й Міжнародний конгрес Польської асоціації темпоромандибулярних розладів (2016 рік) (В. Неспрядько, Ю. Клітинський); Міжнародна конференція «Ортодонтія сьогодні» (Киргизстан, 2017 рік). Співробітники кафедри ортопедичної стоматології прочитали лекції та провели майстер-класи «Техніка прямої дуги та її конструктивні елементи»; II Міжнародна конференція стоматоло-

гів у Польщі (2015 рік); кафедра ортопедичної стоматології виступила співорганізатором конференції; Міжнародна освітньо-практична конференція «Сучасні засоби діагностики та лікування сагітальних аномалій прикусу» (2018 рік) – провела кафедра ортопедичної стоматології за участі представників України та Грузії.

Кафедра постійно бере участь у Східноєвропейській конференції, яка проводиться кожних два роки. Першу конференцію проведено 2000 року, її засновником є президент Асоціації імплантологів України Мирон Унгрин. У своїх доповідях співробітники кафедри відходять від загальних проблем, натомість акцентують увагу на проблемах оклюзії на імплантах.

Співробітники кафедри ортопедичної стоматології брали участь у міжнародних заходах та стажуваннях у США, Німеччині, Франції, Австрії, Італії, Польщі, Ліхтенштейні, Молдові, Грузії, ОАЕ, Китаї, Туреччині.

У 2015–2016 роках обов'язки завідувача кафедри було покладено на Павла Куца – доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України.

Сьогодні клінічна підготовка студентів здійснюється на базі ортопедичного відділення Стоматологічного медичного центру МОЗ України при НМУ імені О.О. Богомольця. Клінічна база обладнана 54 стоматологічними установками. На кафедрі успішно функціонують навчальні кабінети, оснащені найсучаснішим науковим та зуботехнічним обладнанням. Студенти мають можливість ознайомитися із сучасними методами діагностики, працюючи в кабінеті функціональної діагностики, – з комп'ютерним ортопантомографом Planmeca, автоматизованим приладом для вивчення рухів нижньої щелепи Condylotrac, комп'ютерним електронейроміографом Esaotebiomedika. Обладнано навчальний кабінет для проведення занять із дентальної імплантології, в якому містяться фантоми, відео та фотоматеріали, макромоделі аксесуарів, необхідних під час протезування на імплантатах, діагностичні моделі для відпрацювання студентами методик протезування з опорою на імплантати.

Лабораторні заняття з протезування незнімними суцільнолитими конструкціями зубних протезів відбуваються в спеціалізованих зуботехнічних лабораторіях, оснащених вакуумними печами для випалення кераміки та апаратами для полімеризації композитів, які обладнані

мікрокомп'ютерами. У зуботехнічній ливарні, що обладнана муфельними печами та індукційною ливарною установкою з мікропроцесорним керуванням, студенти знайомляться з технологією литва.

Колектив кафедри постійно працює над упровадженням у навчальний процес новітніх технологій зубного протезування, що були розроблені як в Україні, так і за кордоном.

Вдосконалюється методика викладання окремих розділів із застосуванням відеотехніки, комп'ютерних навчальних програм. Заняття проходять під керівництвом досвідчених викладачів кафедри. Розширюється клінічна база кафедри – організовано додаткові кабінети із сучасним обладнанням. Такий підхід у підготовці лікарів дає змогу підвищити їхній теоретичний рівень і рівень професійної майстерності.

На кафедрі ортопедичної стоматології виконується науково-дослідна робота «Цифрові протоколи диференціальної діагностики, лікування та профілактики функціональних розладів зубо-щелепно-лицевої ділянки. Клініко-лабораторний аналіз оклюзійних співвідношень у період адаптації до незнімних зубних протезів».

На основі відомих сучасних цифрових технологій протезування зубних рядів запропоновано цифровий протокол лікування функціональних розладів зубо-щелепно-лицевої ділянки, що поєднує в собі застосування різних технологій у певних комбінаціях і певній послідовності для досягнення якісного нового результату саме при функціональних розладах.

Основними напрямками наукової діяльності кафедри ортопедичної стоматології сьогодні є:

- вивчення етіології та патогенезу деформацій зубних рядів, патологічної стертості зубів, механізмів виникнення непереносимості сплавів металів зубних протезів, динаміки посттравматичних змін у крайовому пародонті після під'ясенного препарування, дентальної імплантології та зубного протезування з опорою на імплантати;
- удосконалення діагностики та способів лікування дисфункціональних станів скронево-нижньощелепних суглобів;
- вивчення клініко-естетичних особливостей незнімного та суцільнолитого протезування;
- впровадження різноманітних методик протезування при стоматологічній імплантації;

- розробка програми оптимізації науково-дослідних робіт із використанням комп'ютерних технологій;
- дослідження електроміографічних показників у пацієнтів з оклюзійними порушеннями.

Лікувально-діагностичну та консультативну роботу проводить професор В.П. Неспрядько, доценти та асистенти кафедри, більшість з яких мають вищу та першу кваліфікаційну лікарську категорію.

На базі кафедри ведеться підготовка висококваліфікованих наукових та педагогічних кадрів через докторантуру, аспірантуру, клінічну ординатуру та безперервну професійну освіту на курсах спеціалізації за фахом «ортопедична стоматологія» та курсах тематичного вдосконалення з актуальних тем ортопедичної стоматології.

У рамках підготовки науково-педагогічних кадрів для вищих медичних закладів освіти України співробітники кафедри здійснюють рецензування дисертаційних робіт, беруть участь у роботі експертної комісії та апробаційної ради «стоматологія», у діяльності Асоціації стоматологів України.

Водночас кафедра – це не тільки наукова та педагогічна робота, а й колектив. Згуртовані навколо свого лідера, співробітники кафедри можуть виконувати й інші завдання. Так було, коли розпочалася російська військова агресія на Донбасі й військовослужбовці стали



Колектив кафедри ортопедичної стоматології

потребувати медичної допомоги. Тоді співробітники кафедри їздили в район дислокації однієї з військових частин на Житомирщині й надавали там допомогу військовим. А один зі співробітників кафедри – Святослав Прохоров – брав безпосередню участь в Антитерористичній операції на території Луганської та Донецької областей. Упродовж півтора року він проходив службу в медичному підрозділі Дніпропетровської 25 окремої повітряно-десантної бригади. Під час бойових дій надавав медичну допомогу пораненим, займався евакуацією їх до мобільних шпиталів, а в часи затишшя надавав бійцям стоматологічну допомогу. За час служби для своєї бригади за допомогою друзів та волонтерів обладнав два пересувні стоматологічні кабінети, які пройшли чимало воєнних доріг. Було надано стоматологічну допомогу 1258 бійцям із різних бойових підрозділів. За відмінну службу Святослав Прохоров нагороджений відзнакою міністра оборони «Знак Пошани», двома грамотами від командувача ВДВ України за виконання бойового завдання в зоні АТО, медаллю від КМДА.

КАФЕДРА ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: СТАНОВЛЕННЯ, РОЗВИТОК, СЬОГОДЕННЯ, ПЕРСПЕКТИВИ

Савичук О.В., Хоменко Л.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань,
м. Київ, Україна

Підвищення уваги до стоматології дитячого віку і введення до номенклатури лікарських спеціальностей в Україні спеціальності «лікар-стоматолог дитячий» зумовило потребу у створенні окремих кафедр дитячої стоматології. Згідно з наказом №17 від 16.01.88 р. ректора Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця було засновано кафедру дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань. Її очолила визнаний науковець та фахівець, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України Лариса Олександрівна Хоменко. Зі створенням кафедри розпочався якісно новий етап викладання терапевтичної сто-

матології дитячого віку і профілактики стоматологічних захворювань студентам стоматологічного факультету.

Головними завданнями кафедри, спрямованими на успішне викладання дитячої терапевтичної стоматології, стали вдосконалення навчально-методичної роботи та підготовка науково-педагогічних кадрів. Зважаючи на складність викладання нової навчальної дисципліни «Профілактика стоматологічних захворювань» у зв'язку з відсутністю навчальної літератури, у 1993 році авторським колективом кафедри за редакцією професора Л.О. Хоменко створено і видано перший в Україні навчальний посібник «Стоматологічна профілактика у дітей» для студентів стоматологічних факультетів, інтернів та лікарів-стоматологів.

Протягом перших років роботи кафедра набувала досвіду у викладанні дисципліни «Дитяча терапевтична стоматологія». Це надихнуло авторський колектив кафедри у 1999 році видати перший в Україні підручник «Терапевтична стоматологія дитячого віку» за редакцією професора Л. О. Хоменко. У 2014–2015 роках авторським колективом кафедри спільно з колективами авторів кафедр ембріології та гістології (чл.-кор. НАМН України, проф. Чайковський Ю.Б.), педіатрії № 4 (чл.-кор. НАМН України, проф. Майданник В.Г.) НМУ імені О.О. Богомольця та кафедри стоматології дитячого віку Національного медичного університету ім. Данила Галицького (проф. Смоляр Н.І.) видано підручник «Терапевтична стоматологія дитячого віку» (I та II том), що став базовим для всіх профільних кафедр вищих медичних закладів освіти України. Набутий упродовж 30 років досвід навчально-методичної та наукової роботи кафедри представлено у виданні 17 підручників та 20 навчальних посібників з дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань.

У 1991 році кафедра стає опорною з методики викладання дисциплін «Дитяча терапевтична стоматологія» та «Профілактика стоматологічних захворювань» в Україні. Співробітники кафедри тісно співпрацювали з Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України та співробітниками профільних кафедр стоматології дитячого віку в Україні.

У 1999 році згідно з наказом МОЗ України на базі кафедри створено Український науково-методичний центр первинної профілактики стоматологічних захворювань. Основними напрямками його робо-

ти були: освітня діяльність (навчання педагогічних кадрів, лікарів і студентів, виїзні лекції та майстер-класи, видання підручників і посібників), співпраця із засобами масової інформації (статті, виступи на радіо і телебаченні), наукова діяльність (створення комп'ютерних програм, проведення науково-практичних конференцій, впровадження наукових розробок), практична робота. У рамках співпраці кафедри з Асоціацією стоматологів України та компанією «Procter and Gamble» упродовж 10 років запроваджувалася шкільна освітня програма з гігієнічного навчання та виховання, якою було охоплено близько 10 млн дітей України. У 2007 році на базі кафедри створено Українську асоціацію профілактичної та дитячої стоматології, яка з 2009 року є членом Міжнародної асоціації дитячої стоматології (IAPD).

За значні успіхи у навчально-методичній та науковій діяльності у 2006–2007 навчальному році кафедра посіла перше місце в рейтингу НМУ імені О.О. Богомольця серед клінічних кафедр.

Значну роботу було проведено кафедрою щодо підготовки науково-педагогічних кадрів. За період 1989–2020 роки підготовано 10 докторів та 34 кандидатів медичних наук. Під керівництвом професора



Колектив кафедри дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань

Л.О. Хоменко підготовані доктори медичних наук працюють у містах Одесі, Полтаві, Львові, Санкт-Петербурзі. Перший доктор медичних наук – професор О.В. Савичук з 2016 року і донині є очільником кафедри. Досвідчена відповідальна за навчально-методичну роботу кафедри – професор Остапко О.І. Першим відповідальним за наукову роботу кафедри був кандидат медичних наук, асистент Антонішин Б.В., надалі впродовж багатьох років – професор Біденко Н.В.

Сьогодення кафедри – це потужний колектив науково-педагогічних фахівців. З-поміж них – 7 професорів, 5 доцентів і 10 асистентів. Професійність та педагогічний досвід викладачів забезпечили найвищі показники кафедри за результатами складання студентами ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок-2» з дисципліни «Дитяча терапевтична стоматологія». Перспективи подальшого розвитку – високий рейтинг, що забезпечить гідне місце кафедрі серед 10 найкращих стоматологічних факультетів у Європі та у світі.

Література

1. Історія та сьогодення кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця/ укладачі. Л.О. Хоменко, О.І. Остапко, Н. В. Біденко. – К: Книга плюс, 2009 – 33 с.
2. Шлях довжиною у сто років (1920–2020): Стоматологічний факультет Національного медичного університету імені О.О. Богомольця/ укладачі. Н. Біденко, Ю. Клітинський. – Дніпро: Середняк Т.К. , 2020 – 332с.

НАУКОВА ШКОЛА ОРТОДОНТІЇ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

Фліс П.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології,
м. Київ, Україна

Історія київської ортодонтичної школи починається з 1919 року, коли було створено Одонтологічний інститут. Згідно з уставом Київського державного одонтологічного інституту було створено клініку протезного зуболікування та ортодонції. Відтоді розпочався перший період розвитку київської ортодонтичної школи.

У 1920 році одонтологічний інститут було приєднано до Інституту охорони здоров'я (НМУ імені О.О. Богомольця), як окремий факультет.

Першим деканом факультету і першим завідувачем кафедри ортодонтії було призначено професора К.П. Тарасов.

Згідно з (положенням) предметний обсяг курсу одонтологічного факультету налічував 19 предметів природничо-історичного і загально медичного знання та 8 предметів спеціальних. До групи спеціальних дисциплін входили: загальна дентіатрія (пропедевтика одонтології), оперативна стоматологія з топографічною анатомією голови та шиї, хірургія порожнини рота та суміжних ділянок з ортопедії, консервативне зуболікування, оперативне зуболікування, протезне зуболікування, ортодонтія, гігієна порожнини рота з громадським зуболікуванням. Тобто ортодонтія вже на той час визнавалася як окрема спеціальність. Кафедра проіснувала до 1930 року.

У 1930 році одонтологічні факультети було перейменовано у стоматологічні, ортодонтію почали викладати на кафедрах ортопедичної стоматології.

Другий період розвитку київської ортодонтичної школи пов'язаний з професором А.І. Бетельманом, який завідував кафедрою ортопедичної стоматології з 1949 по 1968 рік.

Професор А.І. Бетельман багато уваги приділяв ортодонтії. Він розробив класифікацію зубощелепних аномалій, як було представлено у 1957 році на конференції лікарів ортодонтів Прибалтики. Упродовж багатьох десятиріч цю класифікацію широко використовували ортоданти нашої країни. Багато хто пам'ятає цю класифікацію і якщо порівняти її з класифікацією ВООЗ, що з'явилася значно пізніше, то можна зробити висновок – вони дуже схожі.

У Києві професор А.І. Бетельман створив школу ортодонтії яка внесла багато корисного в рішення питань діагностики, профілактики та лікування зубощелепних аномалій і деформацій. При кафедрі вперше було створено кабінет профілактики зубощелепних аномалій та раннього лікування їх, а також міотерапії. Очолювала цей напрям доцент Ю.М. Олександрова. Значну увагу приділяли своєчасному виявленні і ліквідації шкідливих звичок у дітей, травматичній оклюзії. Розроблялися питання етіології аномалій прикусів. На кафедрі працювали відомі ортоданти – доценти А.Д. Мухіна, А.І. Позднякова, З.П. Василевська, В.С. Куриленко. Було видано кілька підручників:

- Бетельман А.И., Позднякова А.И., Мухина А.Д., Александрова Ю.М. Ортопедическая стоматология детского возраста. – К.: Здоров'я, 1965. – 407 с.
- Бетельман А.И., Позднякова А.И., Мухина А.Д. Ортопедическая стоматология детского возраста. – К.: Здоров'я, 1972. – 260 с.

28.06.1982 року за наказом №802-49 МОЗ України створено кафедру пропедевтики ортопедичної стоматології та ортодонтії. Нову кафедру очолив доктор медичних наук, професор З.С. Василенко. Разом із Василенком З.С. на новостворену кафедру прийшов колектив активних і кваліфікованих викладачів – доцент Александрова Ю.М., асистенти Василевська З.П., Грекова Л.М., Куриленко В.С., Логвинюк Ф.Д., Неспрядько В.П., Дорошенко С.І., Фліс П.С. Оскільки такої кафедри в Україні раніше не існувало, перед співробітниками постало завдання – розробити документацію, написати методички, створити навчальний музей. Клінічний кабінет був лише один на 10 стоматологічних крісел. За короткий проміжок часу було створено матеріально-технічну базу, яка могла би забезпечити високий рівень підготовки стоматологів з ортодонтії та дитячого зубного протезування, навчити методам діагностики в ортопедичній стоматології, викладання зубопротезної техніки і матеріалознавства.

Наукові дослідження кафедри розвивалися у двох напрямках: удосконалення діагностики та методів комплексного лікування первинних і вторинних зубо-щелепних деформацій та вдосконалення клінічних і технологічних процесів виготовлення ортодонтичних апаратів та зубних протезів для дітей та дорослих.

Під керівництвом професора З.С. Василенка було виконано 5 кандидатських дисертацій (П.С. Фліс, Г.І. Лютік, В.П. Потапов, Ю.О. Самойлов, С.І. Тріль). Належний розвиток отримала винахідницька та раціоналізаторська робота.

Від дня заснування на кафедрі діють курси підвищення кваліфікації викладачів усіх медичних училищ України. Це дає можливість передавати великий досвід щодо організації стоматологічної допомоги населенню країни. За цю роботу до 2000 року постійно відповідав професор З.С. Василенко, оскільки протягом 35 років він був головним стоматологом МОЗ України, поєднуючи цю роботу із завідуванням кафедрою. Він брав активну участь в організації та проведенні конференцій, з'їздів стоматологів, які відбувалися в Україні.

Співробітниками кафедри було захищено 4 докторські дисертації (В.П. Неспрядько – 1985 р, П.С. Фліс – 1990 р., С.І. Дорошенко – 1991 р., О.А. Канюра – 2012 р.).

Дисертація В.П. Неспрядька мала назву «Патогенез, клініка і лікування ретинованих зубів (клініко-лабораторні дослідження)». Дисертантом були запропоновані нові оригінальні методики лікування ретинованих зубів.

Кандидатська (1986 р.) та докторська (1990 р.) дисертації П.С. Фліса були присвячені актуальній проблемі ортопедичної стоматології – розробці лабораторних та клінічних методів виготовлення суцільнолитих мостоподібних та знімних протезів, розробці методів литва протезів, нових сплавів, вогнетривких мас, облицювальних матеріалів. Запропоновано промислове виготовлення суцільнолитих протезів. Завдяки науковим працям П.С. Фліса на сьогодні в Україні налагоджено виготовлення цих найсучасніших зубних протезів. З 1986 року розпочато роботу з розробки вітчизняних фотополімерів для облицювання протезів, пломбування зубів, фіксації брекетів. Уперше в стоматології доведено можливість, ефективність та доцільність використання магнітнорезонансної рефлексотерапії міліметрового діапазону.

У 1991 році захистила докторську дисертацію С.І. Дорошенко на тему «Підготовка порожнини рота та ортопедичне лікування при зубощелепних деформаціях». Автор дисертаційної роботи виявила частоту поширення аномалій і деформацій, а також дефектів зубних рядів у дітей, запропонувала і довела ефективність застосування електрофульгурації під час підготовки до протезування, розробила оригінальні методики лікування злитих зубів, вивчила вплив вібрації на тверді тканини і пульпу зубів, запропонувала класифікацію вторинних зубощелепних деформацій.

З 1990 року очільником кафедри став доктор медичних наук, професор, академік Української академії наук національного прогресу П.С. Фліс. Як голова Координаційної ради МОЗ України з питань стоматології він зробив дуже багато для налагодження вітчизняної промисловості на потреби стоматології, налагодженню зв'язків з іноземними виробниками, маючи на меті вивести українську стоматологію на сучасний рівень. Постійно проводиться велика робота з кадрами. Щоб не розгубити надбання досвідчених викладачів їх (В.С. Курилен-

ко, Ф.Д. Логвинюк, З.П. Василевська) було переведено за віком на посади лікарів, а з числа лікарів набрано молодих викладачів.

Кафедра гідно підтримує традиції Київської ортодонтичної школи. Наукова робота спрямована на подальший розвиток методів ортопедичного і ортодонтичного лікування дітей та дорослих, розробці нових матеріалів та технологій виготовлення зубних протезів і ортодонтичних апаратів. З 1997 року кафедра є головною в країні з ортодонтії та дитячого зубо-щелепного протезування. Співробітниками кафедри розроблено нові навчальні плани й програми з ортодонтії для стоматологічних ВНЗ України, складено типовий план і програму для інтернів зі спеціальності «ортодонтія», а також кваліфікаційну характеристику ортодонта.

У 1994 році рішенням методичної ради стоматологічного факультету та рішенням Вченої ради Національного медичного університету кафедру було перейменовано на кафедру ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології, що більш відповідає її профілю.

Щороку на кафедрі проходять підготовку в клінічній ординатурі, магістратурі, аспірантурі лікарі із зарубіжних країн та України. Загалом за час існування кафедри таких учнів було понад 90. Причому це не тільки випускники Національного медичного університету, а й інших навчальних закладів – Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава), Одеського медичного університету, Дамаського університету (Сирія), Белградського університету (Югославія), Стокгольмського університету (Швеція). Зарубіжні лікарі – це представники Йорданії, Сирії, Марокко, Ізраїлю, Палестини, Греції, Ірану, Швеції, Лівану, Китаю.

Як результат наукового доробку, за час відродження кафедри, видано близько 50 підручників та навчальних посібників, отримано 250 авторських свідоцтв і патентів на винаходи, галузевих нововведень – понад 30, нових конструкцій зубних протезів та ортодонтичних апаратів – понад 80, зроблено доповідей на з'їздах і конференціях – понад 800, захищено понад 40 дисертацій. На кафедрі працює 2 професори, 12 доцентів, зокрема Заслужений діяч науки і техніки України Фліс Петро Семенович, три Заслужені лікарі України (професор Канюра О.А., доцент Скрипник І.Л., доцент Вознюк В.П.). Уперше було створено українські фотополімери для приклеювання брекетів, облицювання зубних протезів та моделювання, 5 нових сплавів для литва



Колектив кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології

протезів і частин ортодонтичних апаратів, масу Ультраполін для виготовлення метало-керамічних протезів.

Кафедра підтримує наукові зв'язки з фахівцями багатьох зарубіжних країн, постійно обмінюється досвідом роботи.

Завдяки плідній роботі кафедри у 1999 році було засновано Асоціацію ортодонтів України, яка плідно співпрацює з Всесвітньою асоціацією ортодонтів, Європейською асоціацією ортодонтів та іншими Асоціаціями з інших країн.

У клінічній практиці використовуються майже всі відомі методики ортодонтичного та ортопедичного лікування дітей і дорослих. Наукові дослідження на сучасному етапі спрямовані на розробку методів профілактики, діагностики та лікування зубощелепних аномалій і деформацій, а також зубів і зубних рядів як у дітей, так і в дорослих. Поряд із цим тривають розробки, пошуки та дослідження ефективних і високоякісних матеріалів для виготовлення ортодонтичних апаратів і зубних протезів для дітей та дорослих.

НАУКОВА ШКОЛА КАФЕДРИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ І НАБУТИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

**Яковенко Л.М., Чехова І.Л., Єфименко В.П., Кисельова Н.В.,
Сгоров Р.І., Ковтун Т.О., Шафета О.Б.**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
м. Київ, Україна

Протягом багатьох десятиріч кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку займається проблемами діагностики та лікування вроджених і набутих захворювань тканин щелепно-лицевої ділянки у дітей. Напрямками цих наукових досліджень є:

- мультидисциплінарний підхід до лікування дітей з вродженим незрощенням губи та піднебіння (ВНГП);
- розробка та впровадження нових способів діагностично-лікувальних заходів щодо новоутворень щелепно-лицевої ділянки;
- інноваційні підходи щодо діагностики та лікування травматичних зубо-щелепних пошкоджень;
- запальні процеси тканин обличчя (особливості перебігу, сучасне лабораторне та інструментальне обстеження, медикаментозне лікування).

Діти з ВНГП є тяжкою категорією пацієнтів, які потребують комплексного та багатоетапного лікування. Останнє передбачає взаємодію та взаємозв'язок спеціалістів різного профілю. За період існування кафедри розроблено алгоритм мультидисциплінарного етапного лікування дітей з ВНГП, оцінювання ефективності якого проводилося за показниками фотограметрії, МРТ, КТ, логопсихологічних тестів.

Первинна хейлоринопластика є одним із найважливіших етапів хірургічного лікування дітей з ВНГП. Морфометричне оцінювання назо-лабіального комплексу до та після хірургічного втручання дає змогу обрати оптимальну методику оперативного втручання на губі та оцінити її ефективність, визначити вплив на розвиток верхньої щелепи, що встановлено за антропометричними показниками сканованих моделей верхньої щелепи. Для хірургічних втручань на

піднебінні в переважній більшості випадків застосовують ураностафілопластику та велопластику в різних методиках та модифікаціях. Однак успіх хірургічного лікування полягає не лише у виконанні оперативного втручання згідно з протоколом, а й у різному стані м'язів м'якого піднебіння, які своєю чергою визначають функціональні результати втручання. Властивість м'язів до регенерації та нарощування маси м'язових волокон залежить від міогенного потенціалу клітин. Серед них найбільшу увагу вчених привертають до себе міогенін та міостатин. Проведене оцінювання рівня експресії мРНК генів у м'язах м'якого піднебіння показало різний рівень їх залежно від виду незрощення, етапу хірургічного втручання та віку дитини. Останніми десятиріччями поступово відбувається відмова від радикальних методів та широке впровадження в практику ранніх щадних методик для лікування дітей з вродженим незрощенням піднебіння. Останні передбачають проведення розрізів по безпечних лініях, відступаючи від зон росту верхніх щелеп, використання додаткових клаптів для профілактики утворення вторинних дефектів, розмежуванні ранових поверхонь, уможливлюють проведення оперативного втручання в ранньому віці та профілакутування ускладнень. Завдяки розробленим, впровадженим та захищеним патентами застосування нових методів хірургічних втручань підвищилася ефективність хірургічного лікування цієї категорії хворих. Запропонована мультидисциплінарна програма лікувально-профілактичних дій, визначених у часі, термінах, послідовності та обсязі дала змогу отримати у 87% хворих позитивні естетичні та функціональні результати. Міждисциплінарний підхід у лікуванні дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння є ефективним та необхідним у роботі дитячого щелепно-лицевого хірурга.

Судинні новоутворення тканин щелепно-лицевої ділянки у дітей становлять близько 60% усіх пухлин цієї ділянки. Останніми десятиріччями проведено поглиблене вивчення патогенезу судинних мальформацій та інфантильних гемангіом, дало змогу розподілити всі судинні новоутворення на пухлини та вади розвитку. На підставі проведених нами досліджень розроблений алгоритм додаткових методів діагностики судинних новоутворень передбачає таку послідовність: доплерографія, магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографічна ангіографія, ангіографія, що має вирішальне значення для визначення точного діагнозу, прогнозу і складання плану ве-

дення таких пацієнтів. Виділення за міжнародною класифікацією інфантильної гемангіоми в окрему нозологічну одиницю дало змогу застосовувати медикаментозну терапію (β -адреноблокатори, гормонотерапію) і отримати позитивний ефект без хірургічного втручання. Склеротерапія стала перспективною альтернативою хірургічному втручанню і на сьогодні є первинною ланкою в лікуванні венозних та лімфатичних мальформацій. Проводиться оцінювання ефективності терапевтичної дії детергентів (пінна техніка) та протипухлинних засобів, що дасть можливість виявити склерозивний агент з вищим рівнем безпеки та ефективності. Артеріо-венозна мальформація (АВМ) з ураженням щелепи є найнебезпечнішим захворюванням як джерело профузної кровотечі. Щоб запобігати їй запропоновано методику прогнозування кровотечі при м'якотканинних АВМ з ураженням щелеп. Перспективою лікування АВМ в дитячому віці є поєднання РЕО з органозберігаючими способами оперативних втручань, які забезпечують малу травматичність операції з досягненням максимального функціонального та естетичного ефекту.

Проблеми діагностики та лікування травм зубів пов'язані з особливостями будови кістки, наявністю зачатків у альвеолярному відростку, резорбції або неповністю сформованого кореня тимчасового та постійного зубів. Вивчення показників напружено-деформованого стану (НДС) моделей біомеханічної системи (БС) «зубний ряд-шина-кістка» за допомогою CAD/CAE методів математичного моделювання дало змогу визначити якісні характеристики полів переміщень та розрахувати сумарні поля розподілу напружень структур цієї БС. На їх основі визначено вплив і значущість геометричних параметрів та умов навантажень на напружено-деформований стан і жорсткість БС, патогенетичні чинники, які впливають на жорсткість фіксації шини, оптимальне положення фіксації шини на травмованих зубах залежно від наявності зубів та конкретної клінічної ситуації. Визначено умови ефективної іммобілізації зубів у разі травми.

Переломи нижньої щелепи є найпоширенішим і складним видом травматичних пошкоджень кісток лицевого скелета у дітей. Найчастіше трапляються у віці 7–17 років переважно в ділянці виросткових відростків нижньої щелепи (ВВНЩ). Найскладнішими для діагностики та дискусійними у виборі методу лікування, а також різноманітними в проявах посттравматичних наслідків є переломи ВВНЩ,

які становлять від 25% до 73% випадків всіх видів переломів нижньої щелепи в дитячому віці. Розроблені та впроваджені методи щадної іммобілізації щелеп у дітей з переломом ВВНЩ та мінімальною кількістю зубів для фіксації, іммобілізації щелеп, що комбінується з вивихами зубів, дав змогу, не пошкоджуючи тканини пародонта, забезпечити одномоментно фіксацію і стабілізацію зубів і щелепи. Завдяки запропонованому способу оперативного доступу під час хірургічного лікування переломів ВВНЩ вдалося досягти максимального естетичного ефекту та виключити травму хряща.

Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) в структурі захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей становлять 1,5% випадків, але серед них анкілозивного характеру в середньому становлять 75%. Найінформативнішими методами дослідження СНЩС є мультиспіральна КТ с 3D реконструкцією. Запропонований нами на її основі новий спосіб визначення ступеня гіперплазії ВВНЩ дає змогу визначати показання до остеотомії ВВ при анкілозивних захворюваннях СНЩС та синдромах, що супроводжуються змінами в СНЩС. Застосування розроблених лікувально-діагностичних заходів при анкілозах і ВДОА СНЩС зменшує кількість рецидивів таких захворювань у 3 рази.



Колектив кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

Сучасні підходи до діагностики та лікування запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей наразі лишаються актуальними. Найчастіше відзначено помилки в діагностиці лімфаденіту, фелінозу та туберкульозного лімфаденіту. Це зумовлено самолікуванням, несвоєчасною діагностикою та несвоєчасним направленням до спеціалізованого лікувального закладу, неадекватним медикаментозним та хірургічним лікуванням. Одним із суттєвих чинників, який впливає на лікувальну тактику, є те, що останнім часом значно змінився характер збудників лімфаденіту. Якщо раніше переважала кокова або змішана бактеріальна флора, то нині відомим фактом є те, що 90% дітей віком до 18 років – мешканців міст уже інфіковані одним або кількома штамами вірусів (CMV, EBV, HSV). Тому звичайний підхід до лікування лімфаденіту у вигляді як призначення антибактеріальної терапії не дає ефекту і призводить до хронізації процесу та виникнення різних небажаних ускладнень. На сьогодні обстеження таких дітей включає проведення загального та біохімічного аналізу крові, вірусологічне та серологічне дослідження, реакцію Манту, патогістологічне дослідження, УЗД, МРТ та рентгенологічне дослідження у разі одонтогенного процесу.

СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ
В УКРАЇНІ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА
ТА ЕПІДЕМІЧНИХ ВИКЛИКІВ

**«ВВЕДЕННЯ В КЛІНІЧНУ СТОМАТОЛОГІЮ» – НОВА НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА
В ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНІЙ ПРОГРАМІ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ**

Біденко Н.В., Остапко О.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра дитячої терапевтичної стоматології та
профілактики стоматологічних захворювань
м. Київ, Україна

Вступ. Важливою складовою інтеграції українського освітнього процесу у вищій медичній школі в єдиний європейський та світовий освітній простір є гармонізація освітньо-професійних програм підготовки фахівців, що полягає як в узгодженні переліку навчальних дисциплін, так і в кількості кредитів, передбачених на їх вивчення [1, 3, 4].

Вважаючи на це, починаючи з 2019/2020 навчального року на стоматологічному факультеті Національного медичного університету імені О.О.Богомольця запроваджено у навчальний процес нову нормативну навчальну дисципліну для студентів 2-го курсу – «Введення в клінічну стоматологію». Колективом провідних фахівців стоматологічного факультету розроблено Робочу навчальну програму цієї дисципліни відповідно до навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр» кваліфікації «Лікар-стоматолог» у вищих навчальних закладах МОЗ України за спеціальністю 221 «Стоматологія», галузі знань 22 «Охорона здоров'я» [2].

Основна частина. Метою вивчення навчальної дисципліни «Введення в клінічну стоматологію» є формування у студентів поняття про зміст, організаційні принципи стоматологічної допомоги населенню країни, методи діагностики і лікування, які застосовуються в терапевтичній, хірургічній, ортопедичній стоматології та ортодонтії, а також оволодіння на симуляційних фантомах певними стоматологічними маніпуляціями консервативного та хірургічного стомато-

логічного лікування для їх подальшого правильного застосування в клінічній практиці.

Навчальна дисципліна «Введення в клінічну стоматологію» структурована на 2 модулі та 8 змістових модулів, кількість кредитів – 8. Загальна кількість годин на вивчення дисципліни – 240, із них аудиторних – 136, годин для самостійної роботи студента – 104. Аудиторні години передбачають 16 годин лекцій та 120 годин практичних занять. Дисципліна викладається впродовж 3-го та 4-го семестрів, формою кінцевого контролю є іспит, що складається з тестового контролю і практичних навичок у формі об'єктивного структурованого практичного іспиту (ОСПІ).

Модуль 1 навчальної дисципліни «Введення в клінічну стоматологію» – «Організація стоматологічної допомоги. Будова і функції зубо-щелепного апарату. Введення в хірургічну та ортопедичну стоматологію. Стоматологічні матеріали» структурований на 4 змістові модулі:

- змістовий модуль 1 «Організація стоматологічної допомоги»;
- змістовий модуль 2 «Введення в хірургічну стоматологію»;
- змістовий модуль 3 «Функціональна анатомія, фізіологія та біомеханіка зубо-щелепного апарату. Методи діагностики в стоматології»;
- змістовий модуль 4 «Матеріалознавство в стоматології. Основні технологічні процеси при виготовленні зубних протезів та ортодонтичних апаратів».

Модуль 2 навчальної дисципліни «Введення в клінічну стоматологію» – «Доклінічний курс з терапевтичної стоматології. Доклінічний курс з ортодонтії» також структурований на 4 змістові модулі:

- змістовий модуль 1 «Техніка препарування та пломбування каріозних порожнин постійних зубів різних класів. Сучасні пломбувальні матеріали»;
- змістовий модуль 2 «Препарування, іригація та obturaція корневих каналів постійних зубів»;
- змістовий модуль 3 «Вікові особливості розвитку зубо-щелепного апарату людини»;
- змістовий модуль 4 «Клінічне матеріалознавство».

Вивчення дисципліни «Введення в клінічну стоматологію» відбувається на 4-х кафедрах стоматологічного факультету: хірургічної

стоматології та щелепно-лицевої хірургії (змістові модулі 1–2 модулю 1), ортопедичної стоматології (змістові модулі 3–4 модулю 1); терапевтичної стоматології (змістові модулі 1–2 модулю 2) та ортодонтії (змістові модулі 3–4 модулю 2). Практичні заняття за методикою їх організації є фантомними і передбачають використання наочних посібників і муляжів, стоматологічного обладнання та інструментарію; відпрацювання стоматологічних маніпуляцій на симуляційних фантомах; проведення аналізу діагностичних моделей пацієнтів з різними видами патології зубо-щелепного апарату, вибору методів відновлення дефектів зубів та зубних рядів; вирішення ситуаційних завдань, що мають клінічне спрямування, та тестових завдань формату А.

Наприкінці кожного змістового модуля здійснювалося анонімне анкетування студентів для визначення недоліків у навчальному процесі. Чимало відгуків були схвального характеру, критичні ж зауваження допомогли поліпшити організацію і проведення навчання.

Висновки. Запровадження в навчальний процес студентів стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця нової нормативної навчальної дисципліни «Введення в клінічну стоматологію» сприятиме підвищенню якості професійної підготовки майбутніх стоматологів.

Література

1. Закон України «Про вищу освіту» // Урядовий кур'єр. – 2014. – 13 серпня. – № 146. – С.7-18.
2. Стандарт вищої освіти України другого (магістерського) рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я, спеціальності 221 – «Стоматологія». Наказ МОН України: 24.06.2019 р. № 879.
3. Кульбашна Я.А. Сучасні орієнтири розвитку стоматологічної освіти в Україні // Неперервна професійна освіта: теорія і практика – 2015. – № 4(45). – С.18-21.
4. Хан Є. Інтеграція України в європейський простір вищої освіти як складова цивілізаційного вибору // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2015. – Вип. 3(126). – С.54-57.

ІСТОРІЯ, ЯКА НАРОДЖУЄТЬСЯ ЗАРАЗ. ГУМАНІСТИЧНІ ТА ЕТИЧНІ ВИМІРИ СИСТЕМНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

Гордієнко О.В.

КНП «КДЦ» Шевченківського р-ну м. Києва, Філія №1
м. Київ, Україна

Вшановуючи славетний ювілей нашої ALMA MATHER – професійної школи, яка щороку об'єднувала всіх нас у величезну фахову родину, ми з величезною вдячністю згадуємо незабутні наукові і суспільні досягнення, жертвне служіння і подвижництво наших Вчителів-науковців, наших видатних попередників і сучасників, наукові розробки яких виводять на якісно новий рівень сучасну стоматологічну теорію і практику. Проте бурхливі суспільні трансформації минулих років, особливо реформа вторинної ланки медичної системи, майже повне позбавлення комунальної стоматології бюджетного фінансування на піку системної кризи в розпал пандемії поставила значну кількість стоматологічних закладів на межу виживання, змусивши віднаходити нові ресурси, налагоджувати дієві комунікації, оптимізувати інфраструктуру, опановувати нові функції. І в цьому процесі вже істотно проглядаються як значні досягнення, так і суттєві прогалини як на організаційному, так і на системному рівнях. Стоматологічна система впевнено заганається в жорсткі рамки економічної доцільності без урахування платоспроможності цільової аудиторії, наявного стану основних фондів і соціально-економічних умов надання стоматологічної допомоги.

У систему КНП «КДЦ», в яку розформовані стоматологічні відділення, увійшли безликі структурні формування, так звані «Центри платних послуг», в організаційній структурі яких фактично відсутні такі найважливіші системні функції:

- 1) матеріально-технічне забезпечення лікувального процесу;
- 2) HR-функція забезпечення ресурсності і вмотивованості медичних колективів; а про КОРПОРАТИВНУ КУЛЬТУРУ взагалі не йдеться.

Медичні працівники позбавлені будь-якої професійної свободи і права голосу. Хто не згоден з вимогами адміністрації, має лише право написати заяву на звільнення. Діє лише економічний пресинг фінансо-

вого плану та агресивний маркетинг стосовно пацієнтів. Моральний вибір і принципи мінімальної інвазії залишаються в рудиментарному вигляді. Все тримається лише на професіоналізмі і самовідданості медичного персоналу. Безбюджетний сектор впевнено витісняється як баласт, тоді як він має значний потенціал не лише відновлення, але й успішного розвитку (за аналогією, як у кризові 2008–2010 роки була розгорнута мережа маркетів АТБ, яка за всі ці роки не втратила своєї популярності). Тож більшість викривлень і недоліків можна виправити переформатуванням інфраструктурного устрою і алгоритмів взаємодії під нові принципи соціально-економічної політики, налаштованої на реальні потреби і можливості різних верств цільової аудиторії. Закликаю молодих і енергійних звернути увагу на потенційну ефективність професійного менеджменту в цьому секторі!

Медицині можна і треба повертати її гуманістичну спрямованість!!! Впроваджуючи якісно інші принципи і форми системної організації і комунікації в мало бюджетному і соціальному секторі на основі державно-соціального (комунального) партнерства і фахового медичного самоврядування, в яких права і обов'язки усіх учасників (суб'єктів медичного процесу) будуть надійно забезпечуватися і в соціально-економічній і правовій сфері на основі колективних угод. Тоді не буде місця паразитуванню і зловживанням, домінації тих або інших стейкхолдерів. А толерантність, колегіальність, моральний вибір стануть пріоритетними чинниками формування соціально-економічної політики, у фокусі якої буде збереження і повноцінне відновлення здоров'я, права, безпека і розвиток ЛЮДИНИ!!!

Деструктивну перспективу подальшого кастрування системи під державне недофінансування доцільно призупинити, доповнивши її конструктивною вмотивованою складовою професійного самоврядування з відповідними повноваженнями і ресурсозабезпеченням. Першим кроком до цього може стати перерозподіл більшої частини зароблених підрозділами коштів на інфраструктурний розвиток, забезпечення ресурсності персоналу і надання необхідної стоматологічної допомоги пільговим категоріям населення (у партнерстві з державою).

Це – наша сфера професійної відповідальності сьогодні, і наша спільна інвестиція в майбутнє, яке народжується вже сьогодні з нашого прагнення зробити нашу професійну допомогу людям і якісною

і доступною і своєчасною. Якщо наша спільна ініціатива буде виваженою і конкретною, то наші пацієнти, і держава підуть нам назустріч. Солідарність в будь якій справі має більше шансів на гідне майбутнє, якого всі ми варті.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ З ІНОЗЕМНИМИ СТУДЕНТАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ В КОНТЕКСТІ ІНФОРМАЦІЙНО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ІННОВАЦІЙ

Дементьєва О.В.¹, Романюк О.В.², Чумак Е.А.¹

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

¹ кафедра терапевтичної стоматології,

² кафедра філософії, біоетики та історії медицини

м. Київ, Україна

Організація будь-якого корпоративного івенту, масового заходу, творчо-виховного процесу, будь-якої культурно-просвітницької роботи чи взагалі активних дій передбачає як матеріально-технічне та нормативно-правове забезпечення, так і безпосереднє використання людських ресурсів. Цілком зрозуміло, що залучення людського ресурсу є предметно-тематичним і зумовлено специфікою цілей і завдань, що їх ставлять перед собою упорядники організаційної праці. У сучасному швидко змінюваному світі організація роботи складових систем освітньої сфери зумовлена передусім екзогенними тенденціями розвитку цивілізації: об'єднанням заради вирішення спільних проблем, тотальним зменшенням природних ресурсів, планованими перспективами майбутнього, економічно-політичними трансформаціями. На організаційні процеси у сфері освіти не меншою мірою впливають й ендогенні тенденції: наслідки катастрофи на Чорнобильській АЕС, затяжна війна на Донбасі, європейський вибір розвитку. Останніми десятиріччями кожному освітньому закладу в Україні довелося пройти складний процес організаційних змін.

Наш науковий інтерес сьогодні зосереджений на змінах організації роботи з іноземними студентами-стоматологами факультету підготовки іноземних громадян НМУ імені О.О. Богомольця в контексті впровадження інформаційно-технологічних інновацій.

Простежити проміжні результати впровадження певного набору інновацій, що були використані в НМУ імені О.О. Богомольця, нам

допомогли такі методи дослідження, як спостереження, робота з динамічними групами (в ролі експертів – учасників динамічної групи виступили старости академічних груп іноземців – 32 особи, що становить 100 % респондентів, як посередники між співробітниками факультету та студентами-стоматологами і як безпосередні учасники впровадження/використання інформаційно-технологічних інновацій), аналітичний.

Як зазначає О.В. Романюк, «у медичних ВНЗ відбувається доволі складний процес переорієнтації освіти з патологічної (основна увага під час підготовки студентів приділяється вивченню патологій організму людини, її окремих органів чи систем, взагалі хворобам тощо) на здоров'я центристську» [1, с. 26]. Сьогодні здоров'яцентристська орієнтація пронизує не лише змістовну складову освіти, а й саму організацію освітнього процесу медичних ВНЗ: заради збереження здоров'я учасників освітнього процесу було активно залучено до роботи інформаційно-технологічні інновації – viber, telegram, youtube, zoom, neuron, acadreg, лікар тощо. Цілком зрозуміло, що з часом постало питання про проміжні результати використання цих платформ в освіті. Перше, на що ми звернули увагу, це, власне, збереження здоров'я – те, заради чого і впроваджувалися зазначені інновації. На наш погляд, і освітні платформи, і соціальні мережі дозволили мінімізувати безпосередню взаємодію «людина-людина», а від так і зменшити поширення пандемії. Друга, на наш погляд, позитивна зміна стосувалася можливості економії часу та зусиль під час подачі/отримання всього спектру заяв та запитів іноземними студентами-стоматологами до співробітників НМУ: розроблені шаблони були швидко вивчені студентами, зникли черги в адміністративних частинах корпусів, пришвидшився процес отримання документів тощо. Натомість для співробітників НМУ завдання ускладнилося, оскільки до паперових носіїв додалися нові електронні бази, а на утримання/оновлення їх витрачається додатковий час. Третє, що варто враховувати під час дослідження даної проблематики, це навички оволодіння зазначеними інформаційно-технологічними інноваціями, доступ до них та, власне, наявність матеріально-технічної бази для їх повноцінного й результативного використання. Наприклад, стереотип про легке оволодіння сучасною молоддю комп'ютерними технологіями виявився дещо перебільшеним. Спостереження показало, що не лише професор-

сько-викладацькому складу НМУ знадобився час для пристосування до нових форм роботи, а й іноземним студентам-стоматологам: необхідність оновлення гаджетів, збільшення інтернет-контенту, освоєння нових програм (роботі з ними не навчали в школі) тощо. Динамічній групі ми задавали кілька запитань, що стосувалися організації роботи саме з використання інформаційно-технологічних інновацій. Так, на запитання щодо роботи з viber, telegram (розв'язуються поточні питання як і організація роботи НМУ, так і особисті проблеми студентів-стоматологів) відповіді розподілилися таким чином: 81% опитантів виявили задоволення, 13% задоволені не завжди й 6% не задоволені. На запитання щодо використання освітніх платформ zoom, neuron, asadreg, лікар та youtube для навчання відповіді розподілилися так: 81% згодні використовувати їх, 13% – за повернення офлайн освіти, 6% вважають, що необхідно було перервати навчання на період пандемії та поновити його після неї, оскільки не вбачають жодної користі в он-лайн освіті та зауважують повну втрату практичної складової навчання стоматолога. Верифікаційне запитання, яке дає змогу дещо підтвердити попередні відповіді та зрозуміти, якій платформі надають перевагу іноземні студенти-стоматологи, розподілило відповіді так: 44% – neuron, 12% – лікар, 16% – zoom, 6% – жодною платформою не задоволені, 22% – комфортно працювати з усіма.

Висновки. На даному етапі впровадження інформаційно-технологічних інновацій в організацію роботи з іноземними студентами-стоматологами НМУ імені О.О. Богомольця досягло поставленої мети, а саме збереження здоров'я максимальній кількості учасників освітнього процесу.

Література

1. Романюк О.В. Тенденції антропологізації української вищої освіти // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Філософія», 2015. – Вип. 18. – С. 25–29.

ОСОБЛИВОСТІ ОВОЛОДІННЯ ФАХОВИМИ КОМПЕТЕНТНОСТЯМИ СТУДЕНТАМИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Канюра О.А., Біденко Н.В., Філоненко В.В.

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

Майстерне оволодіння професійними навичками, що є однією з фундаментальних основ підготовки висококваліфікованого стоматолога, передбачає опанування фундаментальними знаннями та деонтологічними аспектами з дотриманням загальноприйнятих біоетичних норм.

Пандемія COVID-19 внесла суттєві корективи у повсякденне життя, роботу та навчання мільйонів людей у світі. Переведення на дистанційне навчання суттєво обмежило можливості відпрацювання практичних навичок і набуття досвіду живого спілкування з пацієнтами, і студентів-стоматологів це стосувалося чи не найбільше – адже спеціальність стоматолога передбачає досконале оволодіння багатьма практичними маніпуляціями, доведення їх до автоматизму, часто із застосуванням складного медичного обладнання. Тому організація навчальної роботи на стоматологічному факультеті у період як жорсткого, так і адаптивного карантину є надзвичайно актуальною проблемою.

Мета дослідження: апробувати різні способи організації оволодіння фаховими компетентностями студентами-стоматологами в умовах дистанційної та змішаної форм навчання.

Результати дослідження. Організація навчання в період карантинних заходів проводилася за трьома напрямками.

Перший напрямок передбачав дистанційну роботу із формування фахових компетентностей. Для цього підготовлено велику базу ситуаційних завдань, демонстрацій клінічних випадків, алгоритмів виконання необхідних практичних маніпуляцій. Навчальний матеріал було максимально візуалізовано з наданням реальних фото- та рентгенівських знімків, результатів додаткових досліджень, на основі аналізу яких студенти вчилися визначати діагноз та лікувальну тактику. Розроблено нові ілюстровані ситуаційні завдання з різних розділів стоматології.

Другий напрямок – відпрацювання практичних навичок на симуляційних фантомах за попередньо складеним графіком з дотриманням протиепідемічних вимог. Робота на фантомах забезпечила студентів можливістю відпрацьовувати практичні навички і повернутися, принаймні частково, до живого спілкування і навчання.

Третім напрямком роботи стало максимальне використання можливості практичної роботи з пацієнтами залежно від епідемічної ситуації. Для того, щоб забезпечити студентів, викладачів і пацієнтів та згідно з Наказом по Університету робота студентів з пацієнтами відбувалася із суворим дотриманням усіх необхідних протиепідемічних вимог. Для цього було здійснено певну корекцію розкладу занять та робочих правил кафедр. Робота з пацієнтами в умовах пандемії організувала студентів, спонукала кожного з них до розуміння особистої відповідальності за життя і здоров'я – як власне, так і пацієнтів, а також усіх оточуючих.

Ефективність застосованих підходів була підтверджена хорошим рівнем підготовки до атестації випускників та успішним проведенням випускного іспиту і поточних контрольних заходів.

Висновки. Напрацьовані підходи оволодіння фаховими компетентностями студентами стоматологічного факультету НМУ імені О.О. Богомольця в умовах карантинних заходів дозволяють максимально якісно і наближено до реальних умов оволодіти практичними маніпуляціями. Доцільно проводити подальше вдосконалення методів і підходів до дистанційного навчання.

ОСОБЛИВОСТІ ОСВІТЬОГО ПРОЦЕСУ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

Копчак О.В., Черняк С.Я., Новіков Р.А., Рогозін В.В.

ПВНЗ «Київський медичний університет»,
кафедра терапевтичної стоматології,
м. Київ, Україна

Освіта є одним з основних прав людини, що закріплене у 26 статті Декларації прав людини [1], Конституції України та галузевих законах. Однією з передових цілей розвитку Організації Об'єднаних Націй до 2030 року, виконання якої здійснює також і Україна, є «забез-

печення всеохоплюючої і справедливої якісної освіти та заохочення можливості навчання впродовж усього життя для всіх» [2].

На початку карантину навесні 2020 року всі заклади освіти України перейшли на дистанційну форму навчання і зіткнулися з низкою проблем і випробувань [3]. Особливо гостро це питання стало перед майбутніми стоматологами, оскільки вони є представниками професії, що тісно пов'язана з практичним застосуванням знань, умінь та навичок під час подальшого лікування пацієнтів. Протиепідемічні заходи суттєво обмежили звичний режим навчання і переформатували освітній процес майбутніх стоматологів, максимально перевівши його в дистанційну площину [4].

У навчальних семестрах 19/20 та 20/21 на базі кафедри терапевтичної стоматології ПВНЗ «Київський медичний університет» навчалось понад 600 осіб II–V курсів стоматологічного факультету україномовної та англomовної форм навчання. Освітній процес здійснювався за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій [5]. Лекції та практичні заняття проводилися з використанням сервісів відеотелефонного зв'язку [6] (52%), методичних розробок і співбесід за темами занять (11%), тестувань [7] (18%) та виконання завдань у режимі он-лайн (19%). Також було організовано вебінари за актуальними темами, забезпечено безкоштовну участь у стоматологічних он-лайн конференціях та конгресах.

Труднощі, з якими зіткнулися викладачі: брак технічного забезпечення (5%), відсутність навичок вільного користування комп'ютерами та гаджетами у викладацькій діяльності (83%), психологічний дискомфорт у разі винятково дистанційної роботи (12%).

Для розв'язання основної проблеми, з якою зіткнулися викладачі не лише кафедри, а й усього науково-педагогічного складу університету, адміністрація ПВНЗ «КМУ» організувала безкоштовні тренінги з підвищення кваліфікації з подальшою сертифікацією для всіх співробітників, проходження яких дало змогу вільно користуватися інформаційними та технічними засобами.

До початку тренінгів відсоток викладачів кафедри терапевтичної стоматології, які вільно користувалися інформаційно-комунікаційними технологіями в педагогічному процесі, становив 15. Після проходження тренінгів, сертифікації і безпосереднього використання у повсякденній роботі таких технологій відсоток збільшився до 82,

а згодом становив 100. Це дало змогу швидко відновити і зберегти рівень викладання дисципліни.

Студенти своєю чергою скаржилися на: технічні проблеми чи поганий зв'язок мережі Інтернет (6%), складнощі в самостійному опануванні великого обсягу матеріалів (55%), неможливість опанування практичних навичок (24%), психологічний дискомфорт через відсутність офлайн спілкування з викладачами та одногрупниками (15%).

Для розв'язання основних проблем студентства співробітники кафедри за сприяння керівництва ПВНЗ «КМУ» зуміли організувати освітній процес таким чином, що, окрім теорії, проводили докладний розбір «clinical cases» з використанням евристичних бесід; демонстрували відпрацювання навичок у режимі он-лайн на фантомах/пацієнтах.

Результат такої роботи відбився на досягненнях студентів у навчанні: середній бал успішності в I семестрі 20/21 порівняно з II семестром 19/20 вірогідно збільшився ($p < 0,05$), а результати тестувань зросли у середньому з 54 до 79 %. У ПВНЗ «КМУ» було організовано центр симуляційного навчання за сучасними стандартами [8]. Це дало змогу багатьом студентам опанувати та відпрацювати практичні навички на манекенах і симуляторах; відпрацювати командну та колегіальну роботу в стресових умовах та в умовах обмеженого часу, що надалі дасть змогу в режимі реального часу приймати швидкі та обґрунтовані рішення під час лікування пацієнтів.

Висновки. Ужиті заходи сприяли поліпшенню освітнього процесу студентів-стоматологів в умовах пандемії.

Література

1. Загальна декларація прав людини від 10 грудня 1948 / URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text
2. Цілі сталого розвитку в Україні / URL: <http://sdg.org.ua/ua/pro-hlobalni-tsili/quality-education>
3. Stukalo N, Simakhova A. COVID-19. Impact on Ukrainian Higher Education // Universal Journal of Educational Research 8(8): 3673-3678, 2020. DOI: 10.13189/ujer.2020.080846 / URL: <https://www.hrpub.org/download/20200730/UJER46-19591379.pdf>
4. Brammer S., Clark T. COVID-19 and Management Education: Reflections on Challenges, Opportunities, and Potential Futures // British Journal of Management. – 2020. – Vol. 31. – P. 453-456.
5. Google Meet. URL / <https://meet.google.com/>
6. Платформа PrExam / URL: <https://prexam.kmu.edu.ua/>
7. Центр симуляційного навчання та оцінювання / URL: <https://kmu.edu.ua/csta-page>

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРНЕТ-ПЛАТФОРМ (ZOOM) НА ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТТЯХ З ДИСЦИПЛІНИ «ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ»

Маланчук В.О., Воловар О.С., Шевчук Р.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Київ, Україна

2020-й рік виявився надзвичайно складним для всього світу і для України зокрема. Пандемія коронавірусу (Covid-19) та пов'язані з нею обов'язкові карантинні заходи виявили «ахіллесову п'яту» в усіх без винятку сферах суспільного життя, зокрема й в отриманні якісної вищої освіти. Зважаючи на ситуацію, що утворилася, виникла нагальна потреба у створенні належних умов для навчання студентів вищих навчальних закладів, зокрема і в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця. Особливістю цього вищого медичного навчального закладу, яка відрізняє його від інших ВНЗ, є те, що майбутній лікар має бути обізнаним не лише теоретично, а й практично, а це своєю чергою створює додаткові виклики та завдання для професорсько-викладацького складу університету. В умовах карантину активно використовують платформи Zoom, Skype, Viber для дистанційного навчання в онлайн режимі, для виконання завдань з практичної самостійної роботи в НМУ імені О.О. Богомольця.

Під час вивчення студентами 4-го курсу стоматологічного факультету дисципліни «Хірургічна стоматологія», модуль «Онкологія та травматологія щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД)», на 1-му практичному занятті студенти були присутні під час операції з видалення новоутворення лівої верхньої щелепи (циліндрома). Операцію проводили в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка» Національної академії медичних наук України (директор інституту – академік Д.І. Заболотний), оперував завідувач кафедри, член-кореспондент НАМН України, професор В.О. Маланчук. Студенти 4-го курсу 4-ї групи вперше в онлайн режимі у реальному часі впродовж 2 год бачили складне оперативне втручання з видалення циліндрома лівої верхньої щелепи. Було використано платформу Zoom для онлайн трансляції оперативного втручання. Студенти мали можливість поставити запитання щодо патологічного процесу лівої верхньої щелепи та самого

оперативного втручання задля повного розуміння тактики лікування при пухлині лівої верхньої щелепи. Під час операції проведено інтерпретацію комп'ютерної томографії (КТ) верхньої щелепи.

По закінченню операції було підбито підсумок етапів оперативного втручання, проведено докладний КТ-аналіз пухлини лівої верхньої щелепи.

Після зазначеного втручання студенти написали лист-подяку на ім'я завідувача кафедри, в якому висловили своє захоплення та вдячність за надану їм можливість у реальному часі бути присутніми на операції, ставити запитання, аналізувати КТ та отримати достатнє розуміння складної хірургії щелепно-лицевої ділянки на першому практичному занятті.

Наступного дня в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка» Національної академії медичних наук України в онлайн режимі було проведено наступне практичне заняття. Студенти бачили оперативне втручання з ураностафілопластики.

Очна форма навчання обмежує доступ студентів до операційного поля на практичних заняттях. Не всі студенти спроможні подивитися хід оперативного втручання. Завдяки технічним можливостям (інтернету) студенти отримують якісно інший новий рівень знань.

Перевагою дистанційної форми навчання з використанням платформи Zoom є присутність студентів на складних операціях у режимі онлайн. Недоліком є неспроможність проконтролювати присутність того чи іншого студента під час демонстрації оперативного втручання.

МОДЕЛЬ ПІДГОТОВКИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ В УКРАЇНІ: ПРОЄКТ

Маланчук В.О.¹, Кульбашна Я.А.¹, Нагірний Я.П.², Шувалов С.М.³

¹ Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

² Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

³ Вінницький національний медичний університет
імені М.І.Пирогова, м. Вінниця, Україна

Фах «щелепно-лицева хірургія» (далі-ЩЛХ) потребує глибоких знань з анатомо-фізіологічних особливостей органів і тканин, які входять у зону професійного інтересу, співпраці із фахівцями інших спе-

ціальностей. Значущість його зумовлена локалізацією в щелепно-лицевій ділянці органів, які забезпечують базові функції людського організму, та соціальною значущістю обличчя людини. Упровадження інноваційних оперативних технологій у практику щелепно-лицевого хірурга потребують глибоких знань та умінь із багатьох напрямків загальної медицини і високого рівня компетентності в стоматології. Тому підготовка щелепно-лицевих хірургів залишається актуальною, але досі не вирішеною проблемою в Україні.

Мета дослідження: на основі аналізу існуючих зарубіжних і вітчизняних систем підготовки щелепно-лицевих хірургів розробити проект моделі підготовки фахівців з фаху «щелепно-лицева хірургія».

Матеріали і методи. Аналіз міжнародного і вітчизняного досвіду з підготовки щелепно-лицевих хірургів, нормативно-правових актів, які стосуються проблеми дослідження.

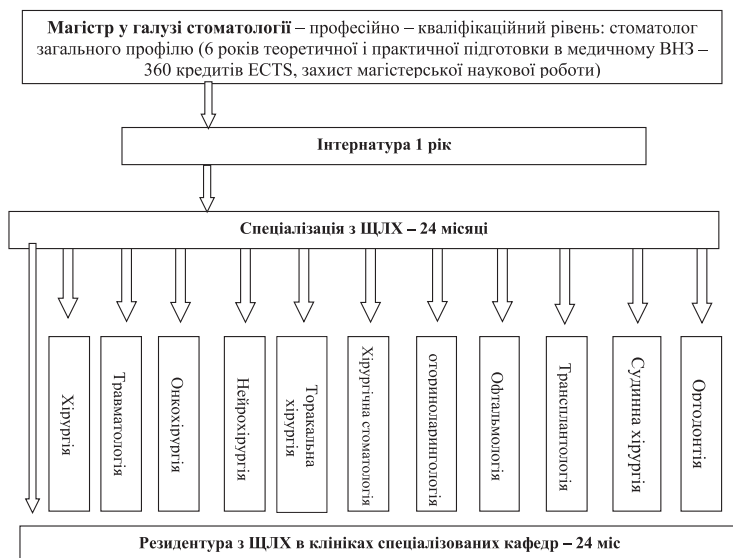
Підготовка щелепно-лицевих хірургів – тривалий і відповідальний процес, який залежить як від особистісних якостей і компетентності лікаря, так і спроможності держави з її організаційного і нормативно-правового забезпечення. Нині існують дві основні моделі підготовки ЩЛХ: перша – на базі підготовки лікаря загальної практики з подальшою спеціалізацією терміном до 5 років з поглибленим вивченням стоматологічних дисциплін протягом не менше двох років; друга – типова для України і деяких зарубіжних країн – на базі стоматологічного факультету медичного ВНЗ з подальшою інтернатурою та спеціалізацією за фахом «Хірургічна стоматологія».

Аналіз міжнародного досвіду з проблеми дослідження засвідчив, що в багатьох зарубіжних країнах медичні школи випускають доволі вузькопрофільних фахівців – дантистів, програма підготовки яких включає обмежений обсяг із загальних медичних дисциплін, основ хірургічної стоматології, а ЩЛХ викладають лише оглядово. На противагу цьому – програма підготовки майбутніх стоматологів в Україні забезпечує ґрунтовну загальну медичну складову, яка майже не відрізняється від аналогічної на медичних факультетах. На жаль, останніми десятиріччями її обсяг дещо скоротився, проте в цілому залишається достатнім для глибокого розуміння фізіологічних і патологічних процесів у організмі людини.

Відповідно до «Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичних) закладах

(факультетах) післядипломної освіти [1] на сьогодні не передбачено спеціалізацію лікарів з фаху ЩЛХ, як не існує і самого фаху згідно з чинним наказом МОЗ щодо номенклатури лікарських спеціальностей [2]. При цьому в Україні існує не менше 15 кафедр відповідного профілю на базі стоматологічних факультетів медичних ВНЗ і близько 40 профільних клінічних відділень регіонального рівня. Порівняльна характеристика термінів спеціалізації з фахів, що їх вважаємо необхідними для підготовки ЩЛХ, свідчить, що вони становлять від 2 до 10 міс. Враховуючи, що професійна підготовка магістрів стоматології забезпечує високий рівень базової загальної медичної підготовки, вважаємо, за доцільне поглиблене отримання знань і умінь з таких розділів медицини: хірургія – 5 міс, онкохірургія – 2 міс, нейрохірургія – 1 міс, торакальна хірургія – 1 міс, хірургічна стоматологія – 5 міс, оториноларингологія – 1 міс, офтальмологія – 1 міс, трансплантологія – 2 міс, травматологія – 2 міс, судинна хірургія – 2 міс, ортодонція – 2 міс; усього – 24 міс. Відповідно до Закону про вищу освіту [3], доцільним етапом підготовки після спеціалізації є резидентура терміном 2 роки.

Проект моделі підготовки ЩЛХ в Україні показано на малюнку.



Модель підготовки ЩЛХ в Україні

Висновки. В Україні існує нагальна потреба в упровадженні фаху «щелепно-лицева хірургія» та підготовці лікарів відповідного профілю на основі розробленої моделі, яка забезпечить достатній рівень компетентності фахівця з фаху «щелепно-лицева хірургія», економічну доцільність та раціональні терміни підготовки.

Література

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах (факультетах) післядипломної освіти <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0346282-98#n12>
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Номенклатура лікарських спеціальностей» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0294-19#Text>
3. Закон України «Про вищу освіту» // Урядовий кур'єр. – 2014. – 13 серпня. – № 146. – С. 7–18.

ОСОБЛИВОСТІ БЕЗПЕРЕРВНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО В УМОВАХ КАРАНТИНУ, ПОВ'ЯЗАНОГО З COVID-19

**Огоновський Р.З.¹, Колесніченко О.В.², Синиця В.В.³, Малко Н.В.²,
Гірчак Г.В.², Солина Н.М.²**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

¹ Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

² Кафедра стоматології дитячого віку

³ Кафедра терапевтичної стоматології

м. Львів, Україна

Дистанційне навчання – це процес, що базується на принципах відкритого навчання, широкому використанні комп'ютерних навчальних програм різного призначення та сучасних телекомунікацій з метою надання навчального матеріалу та спілкування безпосередньо за місцем перебування студентів [1].

Нині дистанційне навчання відбувається через відомі об'єктивні причини, є рятівним елементом якісного навчання, збільшує доступність освіти, а змішане навчання – поєднання дистанційної і очної форм – цілком може стати нашим майбутнім.

Світ не стоїть на місці, не маємо відставати і ми – а саме впевнено крокувати шляхом прогресу, використовуючи увесь потенціал пере-

дових інформаційних технологій сучасності. Особливо це актуальним є для освіти – галузі, яка за самою своєю сутністю має уособлювати все прогресивне, сучасне і найбільш актуальне [2].

Основна частина. Дистанційне навчання у світі набуло поширення доволі давно, проте в Україні його активно використовують упродовж останнього десятиріччя. Що стосується Львівського національного медичного університету (ЛНМУ) імені Данила Галицького, то перший етап упровадження цього виду навчання, було здійснено 06.12.2016 року за наказом № 3573-з, згідно з яким на стоматологічному факультеті проведено реєстрацію студентів I–V курсів у платформі *misa* [3]. Десять кафедр, які входять до складу стоматологічного факультету, здійснили інформаційне наповнення у платформі *misa* своїх сторінок, а саме внесли тести щодо своїх субдисциплін, методичні рекомендації, лекційні матеріали та самостійну роботу. Доступ студентам до цієї інформації завжди відкритий. Відповідальні по кафедрах за дистанційне навчання мають можливість звітувати про успішність студентів та доповнювати курс новою інформацією.

На виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 11.03.2020 р. № 211 «Про запобігання поширенню на території України коронавірусу COVID-19» та відповідно до наказу ректора від 12.03.2020 р. № 1041-з «Про введення в дію карантину у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького» з 12.03.2020 року було запроваджено дистанційне навчання для студентів усіх спеціальностей та років навчання з використанням платформи *misa*.

Кафедри стоматологічного факультету наповнили платформу *misa* навчально-методичними матеріалами (основні і додаткові, посилення на інформаційні ресурси в мережі Інтернет, у т.ч. на аудіо- та відеоматеріали), завданнями для поточного контролю (не менше ніж 30 тестових завдань за темою заняття). Викладачі зараховували оцінки студентам лише у день навчального заняття за розкладом, облік результатів поточного контролю проводили в журналі обліку успішності (у т.ч. в електронному). Відпрацьовувати пропущені заняття та незадовільні оцінки можна було в режимі онлайн за окремим графіком кафедр, доступним на веб сторінках кафедр.

Кафедри стоматологічного факультету забезпечили підготовку та проведення екзаменаційної сесії, атестаційних випускних іспитів, консультації студентів випускних курсів до атестації (ОСКІ) завдяки технологіям дистанційного навчання відповідно до наказів ректора

«Про дистанційне навчання», проведення атестації випускників 2020 року в умовах карантину.

ЛНМУ імені Данила Галицького згідно з наказом ректора № 2134-з від 18.08.2020 року розпочав 2020–2021 навчальний рік в умовах несприятливої епідемічної ситуації у форматі змішаного навчання. Однак з жовтня студенти перейшли на дистанційне навчання у зв'язку з підвищенням захворюваності на COVID-19.

Кафедри стоматологічного факультету продовжили наповнення своїх сторінок у платформі *misa*. Практичні, лекційні заняття та підсумковий контроль проводили винятково у форматі онлайн. Кожен викладач створив власний обліковий запис у системі Zoom або Google meets і проводив у них дистанційні заняття. Усі відеозаписи дистанційних занять і консультацій зберігаються на особистих носіях інформації протягом року. У платформі *misa* відповідальні кафедр розміщували посилання на особисті відео-конференції викладачів. Відпрацювання пропущених занять та незадовільних оцінок проводили дистанційно, що передбачало написання тестових завдань за темою заняття та усної відповіді у системі Zoom або Google meets за окремим графіком кафедр.

Висновки. Дистанційне навчання – це нова специфічна форма навчання, дещо відмінна від звичних форм (очної або заочної), надто актуальна, розвивається та вдосконалюється синхронно з технічним прогресом і стає більш популярною, створює можливість безперервного навчання та атестації студентів в умовах карантину.

Література.

1. Адамова І., Головачук Т. Дистанційне навчання: сучасний погляд на переваги та проблеми. Витоки педагогічної майстерності, 2012; 10: 3–5.
2. Ясулайтіс В.А. Дистанційне навчання: методичні рекомендації. К: МАУП, 2005. – 72 с.
3. Огоновський Р.З., Колесніченко О.В., Синиця В.В., Малко Н.В., Гірчак Г.В. Досвід впровадження дистанційного навчання на стоматологічному факультеті ЛНМУ імені Данила Галицького. Матеріали XV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Актуальні питання вищої медичної освіти в Україні; 2018 трав. 17–18; Терноп. Держ. мед. ун-т, Тернопіль, Україна, Тернопіль: Укрмедкнига, 2018. – с. 228.

АНКЕТУВАННЯ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ

**Поліщук С.С.¹, Скиба В.Я.², Поліщук В.С.¹, Назарчук О.А.¹,
Поліщук О.О.¹, Кордон Ю.В.¹, Шувалов С.М.¹, Дідич В.М.¹**

¹ Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

² ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії»
м. Вінниця, Україна

Важливим завданням закладу вищої освіти є надання високоякісних освітніх послуг. Під час навчання здобувачів вищої освіти на стоматологічному факультеті важливим є зворотний зв'язок після вивчення дисципліни. Оцінювання якості отриманої освіти та задоволеності здобувачів вищої освіти є тим чинником, що дасть змогу вірно сформулювати той розділ проблем, який потребуватиме докладного розбору та пояснення. Саме на основі таких суджень та висновків можна проводити аналіз навчальної дисципліни. Таке оцінювання потрібне для коригування змісту освітніх програм ВНЗ та внесення певних змін до навчального плану. Особливо це питання набирає актуальності за умов карантинних обмежень у період світової пандемії. За таких умов якість освіти чи отримання на виході необхідного для роботодавця рівня підготовленості фахівця, котрий навчається на стоматологічному факультеті, залежить передусім від якості роботи викладача. Тому якість роботи викладача потрібно оцінювати в нерозривному зв'язку з рівнем підготовки здобувача вищої освіти. Саме ця проблема є одним зі складних і важливих завдань у управлінні якістю освіти закладів вищої освіти.

Однією з методик оцінювання роботи викладачів та визначення задоволеності студентів-стоматологів може бути анкетування студентів. В умовах карантинних обмежень доцільно проводити он-лайн анкетування за спеціально розробленими опитувальниками. Позитивною стороною таких он-лайн опитувань є те, що комп'ютерні програми одразу можуть проводити обрахунок анкет та видавати результат, а також зберігати їх анонімність. Анкетування здобувачів вищої освіти на стоматологічному факультеті можна проводити через певні проміжки часу або по закінченні вивчення окремих дисциплін. Можна проводити анкетування студентів під час вивчення тієї чи

іншої дисципліни, особливо навчальних дисциплін, що їх вивчення відбувається протягом кількох семестрів чи років. Стоматологічні профільні дисципліни вивчаються протягом 3–4 навчальних років. Тому для стоматологічного факультету саме анкетування є функцією важливого чинника для поліпшення якості надання освітніх послуг здобувачам вищої освіти. Під час проведення анкетування студентів стоматологічного факультету потрібно критично підходити до створення опитувальних груп. Для оцінювання якості роботи викладачів оптимальним є опитування студентів, починаючи з 2-го курсу. Саме студенти, починаючи з 3-го семестру, уже мають за плечима складання іспитів чи заліків із важких навчальних дисциплін і, закінчивши вивчення дисципліни, здобувач вищої освіти може більш об'єктивно дати відповіді на запитання анкети. Студенти старших курсів мають можливість порівняти діяльність різних викладачів, тому об'єктивність та надійність відповідей без сумнівні. Результати та аналіз проведеного анкетування можуть слугувати для визначення рівня навчально-методичної роботи самої кафедри та її викладачів.

Отже, використовуючи сучасний он-лайн режим анкетування, можна отримати інформацію про якість підготовки здобувачів вищої освіти; роботодавці на основі результатів та аналізу опитування можуть відібрати кращих стоматологів-випускників; інформація, отримана під час анкетування, дає змогу поліпшити якість роботи викладача та підготовки здобувачів вищої освіти.

АКАДЕМІЧНА МОБІЛЬНІСТЬ: ПРИЧИНИ, ЯКІ ПЕРЕШКОДЖАЮТЬ ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЮ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ УКРАЇНИ

Саханда І.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра аптечної та промислової технології ліків
м. Київ, Україна

Академічна мобільність – один із базових принципів функціонування вищої освіти в країнах ЄС, тому його впровадження у вищій медичній освіті України є необхідною умовою інтеграції до міжнародного освітнього простору. Академічна мобільність дає змогу здобувачам вищої освіти набути нові унікальні професійні навички,

поглибити культурний рівень та підвищити рівень володіння іноземними мовами. Для наукових, науково-педагогічних і педагогічних працівників та інших учасників освітнього процесу академічна мобільність дає можливість підвищувати кваліфікацію в контексті глобальних трендів розвитку науки, брати участь у кращих світових практиках, розширювати професійний діалог і підвищувати конкурентоспроможність на ринку праці. Нормативно-правові акти міжнародних інституцій обґрунтовують систему академічної мобільності в ЄС. Проте в Україні їх адаптація гальмується у зв'язку із суттєвими відмінностями в програмах підготовки і низькою поінформованістю науково-педагогічних колективів медичних ВНЗ про зміст і функціонування академічної мобільності в освітньому середовищі. Тому виникає потреба уточнити базові поняття і окреслити шляхи впровадження академічної мобільності в медичних ВНЗ.

Мета дослідження: розкрити зміст поняття «академічна мобільність» і причини, що гальмують її упровадження у вищій медичній освіті України.

Матеріали та методи. Проведено аналіз вітчизняних науково-педагогічних джерел, інформаційно-аналітичних доповідей міжнародних організацій, узагальнено отриману інформацію.

Результати дослідження. На цей час освіта розвивається і змінюється під впливом таких процесів, як глобалізація, інтеграція, комп'ютеризація, комерціалізація та інтернаціоналізація. Академічна мобільність є явищем динамічним, формою інтернаціоналізації освіти, що сприяє інтеграції індивіда до міжнародної системи освіти. Вона регулюється Постановою КМ України № 411 від 13 квітня 2011 р. «Питання навчання студентів та аспірантів, стажування науково-педагогічних працівників у провідних вищих навчальних закладах та наукових установах за кордоном», Національною стратегією розвитку освіти в Україні на 2012-2021 рр. та участю у міжнародних програмах: IREX, TEMPUS, Erasmus Mundus. Проте реалізацію цього нововведення гальмує низка несприятливих впливів ринкової економіки на Україну, яка призводить до ускладнень у соціально-економічній і освітній сферах.

Академічна мобільність є важливою складовою процесу інтеграції закладів вищої освіти у міжнародний освітній простір, це важлива якісна особливість європейського простору, що передбачає обмін

кадрами між закладами вищої освіти та між державами; можливість обрання найкращих варіантів навчання для підготовки сучасного фахівця. Академічна мобільність забезпечує період навчання студента в країні, громадянином якої він не є, виїзд певної кількості студентів для навчання за кордон.

Адаптація національної системи освіти до загальноєвропейських критеріїв дає змогу державі забезпечити принципову можливість розвитку академічної мобільності української вищої освіти. Вибір стратегії, що забезпечує конкурентоспроможність університету, багато в чому залежить від його позиції на внутрішньому та зовнішніх ринках освітніх послуг, а система управління університетом є стійкою тільки в разі забезпечення конкурентоспроможності його освітніх продуктів. Результати досліджень науковців підтверджують, що сучасний університет може бути конкурентоспроможним на світовому ринку в тому випадку, якщо йому надано можливість для залучення своїх талановитих дослідників, викладачів і студентів з достатньою кількістю і якістю матеріальних та фінансових ресурсів, інфраструктурною базою і ефективною моделлю управління та з використанням сучасного передового досвіду провідних освітніх закладів світу.

Висновки. Академічна мобільність – це один із показників інтеграції вищої медичної освіти до міжнародного освітнього простору. Для впровадження її в медичних ВНЗ потрібно гармонізувати програми підготовки лікарів на основі міжнародних освітніх стандартів, розробити нормативно-правову базу і організаційно-економічні механізми впровадження академічної мобільності, визначити джерела фінансування, забезпечити готовність суб'єктів процесу академічних обмінів до партнерства.

Література

1. Академічна мобільність як фактор інтеграції України у світовий науково-освітній простір [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/1421/>.
2. Корчова Г. Л. Академічна мобільність здобувачів в умовах сучасного освітнього процесу // Актуальні проблеми вищої педагогічної освіти, 2017. – С. 57-60.
3. The Bologna Process 2020. The European Higher Education Area in the new decade. Communique of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education. [Electronic resource]. Mode of access: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-09-675_en.htm.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СТОМАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ ТА ОРТОДОНТІЇ

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСТОСУВАННЯ СТАНДАРТНОЇ
МЕХАНІЧНО-ДІЮЧОЇ АПАРАТУРИ ТА МІОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ
З ДИХАЛЬНОЮ ГІМНАСТИКОЮ У ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ 6-9 РОКІВ**

Ардикуце В.П.

«Австралійський Ортодонтичний Центр»
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
кафедра стоматології
м. Київ, Україна

Відповідно до результатів досліджень, опублікованих у зарубіжних та вітчизняних наукових джерелах поширеність зубощелепних аномалій у дітей віком 6–9 років становить 63–80% у різних регіонах [1, 4]. Одна з основних причин виникнення патології є порушення носового типу дихання. Причиною виникнення дисфункції дихальних шляхів нерідко є гіпертрофія піднебінних та глоткових мигдаликів чи респіраторні алергози, наслідком яких є зміна міофункціонального м'язового балансу.

Мета дослідження: своєчасне та більш ретельне вивчення дихальної дисфункції у пацієнтів віком 6–9 років, створення комплексного плану лікування, зменшення термінів лікування, забезпечення більш стабільного результату.

Матеріали і методи. На базі клініки «Австралійський Ортодонтичний Центр» обстежено та прийнято на лікування 92 пацієнта віком 6–9 років. Розподіл пацієнтів на групи проводили відповідно до застосованої методики лікування. До 1-ї групи увійшли 49 пацієнтів, лікування яких проводили за допомогою міофункціональної апаратури (Myobrace K1, K2, K3), міогімнастики за протоколом MRC та дихальної програми. До 2-ї групи – 43 дитини, лікування яких проводили за загальноприйнятою методикою (механічно діючі апарати з гвинтом на верхню щелепу). Кожному пацієнтові згідно зі стандартом ортодонтичної діагностики проводили: збір анамнезу, зовніш-

ньо- та внутрішньоротовий огляд, виготовлення клініко-діагностичних моделей, рентгенодіагностику, фотопротокол. Додатково знімали фото осанки, проводили дихальну діагностику за допомогою апарата Capno Trainer.

Результати дослідження. У 100% пацієнтів під час аналізу стартових даних діагностики виявлено порушення міодинамічної рівноваги [7, 9], звуження зубних дуг легкого (у 13,2 % пацієнтів), середнього (у 81,7 % дітей) і важкого (5,1 % досліджуваних) ступенів; збільшення різцевого перекриття та сагітальної щілини. Оцінювали дані апарата Capno Trainer за 4 показниками – базове дихання, дихання з рівною спиною, медитативне дихання та після 5 хв фізичних навантажень. На кожному етапі проводили оцінювання раніше описаних характеристик. У всіх обстежуваних насиченість CO_2 була нижче норми ($N=40$ мм рт. ст.), відзначали збільшення частоти дихання [10, 11]. У пацієнтів 1-ї групи стартовим етапом лікування була дихальна гімнастика під контролем апарата Capno Trainer. У пацієнтів контрольної групи діагностику функції дихання проводили за допомогою апарата Capno Trainer перед початком та після ортодонтичного лікування (за загальноприйнятою методикою, що не включала міогімнастику). Раз на місяць проводили заняття з міогімнастики тривалістю 25–30 хв, решту часу пацієнти виконували рекомендації самостійно вдома. Через 4 міс проведено проміжну діагностику, результати якої вказують на поліпшення профілю пацієнтів, нормалізацію постави, зменшення напруженості підборідного м'яза під час змикання губ. 96 % дітей відзначили поліпшення загального самопочуття та нормалізацію сну. Серед осіб 2-ї групи 1-ї підгрупи відзначили поліпшення ритмічності дихання у 89 % випадків, глибини дихання – у 86 %, нормалізацію рівня CO_2 – у 84 %, поліпшення загального самопочуття та нормалізацію сну – у 92 % випадків. У пацієнтів контрольної 1-ї групи 2-ї підгрупи було зазначено поліпшення ритмічності дихання у 71 % випадків, глибини дихання – у 69 %, нормалізацію рівня CO_2 – у 72 %, поліпшення загального самопочуття та нормалізацію сну – у 81 % випадків.

Висновки. Запропонований метод дозволив зменшити тривалість лікування пацієнтів: час лікування тривав до 6 міс у 10,4% випадків, 6–12 міс – у 79,3%, 12–18 місяців – у 10,3% випадків, у разі використання стандартної методики 76,7 % пацієнтів користувалися ортодонтичною апаратурою до 18 міс. Динаміка всіх досліджуваних по-

казників корелювала з термінами усунення патології та вказувала на більшу ефективність лікування в разі застосування запропонованого методу а саме серед пацієнтів, які отримували лікування за пропонованим методом через 10 міс показник CO_2 нормалізувався у 86 %, в той час як у пацієнтів 2 підгруп цей показник становив лише 63,5%.

Література

1. Julia Harfin, Somchai Satravaha, Kurt Faltin Jr (Eds.). Clinical Cases in Early Orthodontic Treatment. An Atlas of When, How and Why to Treat. 2017:346.
2. Patrick McKeown. The Oxygen Advantage: Simple, Scientifically Proven Breathing Techniques to Help You Become Healthier, Slimmer, Faster, and Fitter. 2016:360.
3. Doroshenko O.M., Lykhota K.M., Doroshenko M.V., Bida O.V. Investigation of the functional state of chewing muscles in patients of different age groups with sagittal bite anomalies. Collection of scientific works of NMAPE employees n-d after P.L. Shupyk. 2015;24(2):58–63.
4. Kuroyedova V.D., Dmitrenko M.I., Makarova O.M., Stasyuk O.A. Understood orthodontics. 2016:88.
5. Lykhota K.M. Estimation of occlusive relations of the tooth-jaw system in patients with sagittal anomalies of bite by computerized occlusion. Collection of scientific works of NMAPE employees n-d after P.L. Shupyk. 2015;24(3):43–50.
6. Petrychenko O.V. Clinical characteristics of the maxillofacial area of orthodontic patients with speech impairment. Collection of scientific works of NMAPE employees n-d after P. L. Shupyk. 2016;25:491–496.
7. Petrychenko O.V. Peculiarities of the structure of the dento-jaw area of orthodontic patients with linguistic disorders. Problems of military health: a collection of scientific works of the Ukrainian Military Medical Academy. 2017; 47:222–225.
8. Flis P.S., Filonenko V.V., Doroshenko N.M. Frequency and prevalence of abnormalities and deformations of the dento-jaw machine during the period of occlusive bite. Ukrainian dental appleman. 2016;1(1):75–78.
9. Drohomiretska M, Ahmad Saleh Khalah Salama, Polianyk N. Study of bioelectrical activity of muscles of the maxillofacial area, analysis of the impact of their function on growth and development of the jaws, dental occlusion formation Institute of Dentistry of Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education; Stomatologiya 2015. 24(1): 509–518.
10. Henny Sollefeld, John Flutter, Arnold Goedhart, Luc Vanden Bossche. Are oral health and fixed orthodontic appliances associated with sports injuries and postural stability in elite junior male soccer players? BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation. 2018;10(16): 1–7.
11. Patrick McKeown. Buteyko Meets Dr. Mew. Asthma Care Buteyko Clinic. 2010:168.

ЗМІНИ ТКАНИН ПАРОДОНТА ЩУРІВ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ II ТИПУ

Артемчук А.В., Савичук О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
м. Київ, Україна

Цукровий діабет – це складне захворювання, яке уражує ендокринну систему як у дорослих так і в дітей, може призвести до інвалідазації хворих унаслідок розвитку важких хронічних ускладнень.

Станом на 2016 рік частка хворих на цукровий діабет становила 9,1% [2]. Значну частину цієї кількості займали діти віком від 0 до 17 років. На жаль, кількість захворювань у різних вікових категоріях з кожним роком зростає.

Серед ЦД вагоме місце посідає ЦД II типу. Ця форма діабету є більш прихованою і супроводжується порушенням як на макро- так і на мікросудинному рівнях з відповідними ускладненнями. У хворих на ЦД II типу, найчастіше спостерігають атеросклероз, вісцеральне ожиріння та порушення згортання крові [1].

Значних змін зазнає і пародонт. Метаболічні порушення призводять до деструктивних та дегенеративних змін, порушення гомеостазу, місцевого зниження захисних функцій тканин пародонта – появи патогенної мікрофлори в пародонтальних кишнях. Такі зміни можуть призвести до порушення цілості зв'язки, рухливості та втраті зуба.

Мета дослідження: вивчення змін тканин пародонта у білих лабораторних щурів лінії Вістер при цукровому діабеті II типу для створення профілактичних заходів щодо запобігання виникненню ускладнень захворювання тканин пародонта у хворих при ЦД II типу.

Матеріали і методи. Дослідження проводили на 46 білих лабораторних щурах лінії Вістер в умовах віварію впродовж 28 днів.

Усіх тварин було поділено на 3 групи. До 1-ї увійшли щури контрольної групи; до 2-ї – тварини, яких утримували на висококалорійній дієті впродовж усього терміну експерименту; до 3-ї - лабораторні щури, яким ще на початку експерименту вводили стрептозотоцин для розвитку ЦД II типу.

Через 28 днів взято матеріал у межах пародонта для подальшого гістологічного дослідження.

Результати дослідження. Унаслідок проведеного експерименту встановлено, що у щурів із ЦД II типу в тканинах пародонта відбулася низка гістологічних змін: у пародонті наявні ознаки запалення з нерівномірною гіперемією судин та набряком їх; у яснах та ясенному краю слизової оболонки – вогнищевий акантоз та гіперкератоз, а у власній пластинці – вогнищевий ангіоматоз. Дно ясенної щілини з ознаками преваскулярних крововиливів та запалення.

Такі морфологічні зміни в тканинах пародонта експериментальних тварин свідчать про наявність ознак запалення. Це дає підставу для подальшого вивчення цієї проблеми для створення профілактичних заходів щодо запобігання ускладненням запалення в тканинах пародонта при ЦД II типу.

Висновки. У пародонті білих лабораторних щурів лінії Вістер при ЦД II типу спостерігаються порушення трофіки, що спричинює низку дистрофічних та дегенеративних змін. Вони супроводжуються безліччю запальних процесів у тканинах пародонта, що надалі можуть призвести до пародонтиту та його ускладнень.

Тому дуже важливим є ретельне вивчення таких порушень. Це може допомогти у розв'язанні проблеми діагностики, профілактики та лікування тканин пародонта в осіб, хворих на ЦД II типу.

Література

1. Gong N., Gao C., Chen X., Wang Y., Tian L. Adipokine expression and endothelial function in subclinical hypothyroidism rats. *Endocr 87 Connect.* 2018 Feb; 7(2): 295–304. PMID: 29440225. PMCID: PMC5811986. doi: 10.1530/EC-18-0007.
2. http://www.who.int/diabetes/country-profiles/ukr_en.pdf?ua=1

ORAL HEALTH OF CHILDREN UNDERGOING DENTAL TREATMENT UNDER GENERAL ANESTHESIA

Burak Zh.M., Al-Dujaili M.S.Sh.

Belarusian State Medical University,
Pediatric Dentistry Department,
Minsk, Republic of Belarus

General Anesthesia is used to provide safe and comprehensive dental care for the pediatric patients with behavioral, medical, or other problems that preclude treatment in the office setting by eliminating cognitive, sensory,

and skeletal motor activity in order to facilitate the delivery of quality comprehensive diagnostic, restorative, and / or other dental services [1, 2].

Knowledge of the oral health features of such children allows dentist to quickly draw up a basic treatment plan when working with an individual patient.

We did not find in the available recent publications information about the oral health status in children who need dental treatment under general anesthesia in the Republic of Belarus.

Aim of the study: to analyze the oral health of children in need of dental treatment under general anesthesia and their need for treatment.

Materials and methods. We have examined 55 children who applied for dental care in one of the private clinics in Minsk that provides treatment under general anesthesia.

The following oral health characteristics were evaluated in children in need of dental treatment under general anesthesia: oral hygiene level using the Simplified Debris Index (DI-S) as part of Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) (if the person has index teeth) or Plaque Index (PI) [3], the level of caries activity using the indices DMFT/deft (Decayed, Missing (Extracted) and Filled Teeth) and LCI (Level of Caries Intensity) [3], periodontal condition using Complex Periodontal Index (CPI) by P.A. Leous [4], the number of teeth requiring treatment/extraction.

Results. The average age of the patients was 4 years 4 months (from 1 year 7 months to 11 years 6 months), 17 boys and 15 girls. The majority of children ($\chi^2 = 4.4$; $p < 0.05$) – 33 persons (60.0%) – was at the age of 1–3 years, 15 patients (27.3%) were at the age of 4–6 years and 7 persons (12.7%) were older than 6 years.

The average level of oral hygiene using the PI was assessed in 48 persons (they did not have completely erupted permanent central incisors and first molars) and it was 2.37 ± 0.06 (poor oral hygiene). 46 persons (95.8%) had poor oral hygiene and 2 persons (4.2%) had fare oral hygiene ($\chi^2=80.7$; $p < 0.001$).

The average level of oral hygiene using the OHI-S was assessed in 7 persons which had completely erupted index teeth and it was 2.16 ± 0.22 (fair oral hygiene). 6 persons (85.7%) had poor oral hygiene and just one person (14.7%) had fare oral hygiene ($\chi^2=7.1$; $p < 0.01$).

The level of caries intensity in primary teeth was evaluated for persons younger 9 years old (52 children). The level of caries intensity was rated as very high in majority of children ($\chi^2=13.9$; $p < 0.001$) – 37 (71.2%) persons,

in 13 children (25.0%) as high and in 2 children (3.8%) as moderate. No one had low LCI. The mean LCI was 2.5 ± 0.19 (very high level of caries intensity).

All persons at the age of 9 years and older had very high level of caries intensity of permanent teeth (average LCI is 1.0). The mean DMFT and deft for different ages is demonstrated in the table.

Table. Caries intensity in children

| Age | 1 year | 2 years | 3 years | 4 years | 5 years | 6 years | 7 years | 8 years | 9 years | 10 years | 11 years |
|------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| N | 5 | 10 | 18 | 6 | 3 | 6 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| DMFT | - | - | - | - | - | 0.2 | 1.3 | 1.0 | 4.0 | 6.0 | 7.0 |
| Deft | 4.0 | 7.5 | 7.4 | 6.3 | 9.7 | 8.0 | 8.3 | 4.0 | 1.0 | 2.0 | - |

Assessment of periodontal condition with CPI was possible for 29 persons due to age limitation. 23 children (79.3%) had risk of periodontal pathology and 6 individuals (20.7%) had mild pathology ($\chi^2=19.9$; $p < 0.001$). Taking into account poor oral hygiene, this fact can be explained by the anatomico-physiological features of periodontal tissues in children. The mean CPI was 1.08 ± 0.01 .

42 (76.4%) children needed therapeutic dental treatment only, 13 (23.6%) children needed both therapeutic and surgical treatment ($\chi^2=30.6$; $p < 0.001$). On average, one child required treatment/extraction for 6.2 ± 0.42 teeth. Dental caries of primary teeth was the most common diagnosis.

Conclusion. The children in need of treatment under general anesthesia have a high and very high level of caries intensity, risk of periodontal pathology or mild inflammation and poor oral hygiene. On average, each child required treatment/extraction for 6.2 teeth.

Literature

1. Klenovskaya M. I. Behavior management and pain control in children: manual / M.I. Klenovskaya, Zh.M. Burak, O.M. Leonovich. – Minsk: BSMU, 2019. – 39 p.
2. Mc Donald R.E. Dentistry for the child and adolescent / R.E. Mc Donald, D.R. Avery, J. A. Dean. 9th ed. Elsevier, 2011. P. 277 – 295.
3. Shakovets N.V. Preventive dentistry: manual. Part I / N.V. Shakovets, D.N. Naumovich, Zh. M. Burak. – Minsk : BSMU, 2015. – 111 p.
4. Shakovets N.V. Preventive dentistry: manual. Part II / N.V. Shakovets, D.N. Naumovich, Zh. M. Burak. – Minsk: BSMU, 2015. – 60 p.

COMPLEX TREATMENT OF CHILDREN'S CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS WITH THE USE OF PROTEOLYSIS INHIBITORS

Volkova S.V.¹, Ptytsina V.A.², Sukharev M.V.²

¹ Private Higher Educational Establishment «Kyiv Medical University», Department of pediatric and preventive dentistry,

² «Dental Clinic»

Kyiv, Ukraine

According to WHO the parodontal diseases prevalence in children is estimated at 50 to 87%. Up to 90% cases are diagnosed as chronic catarrhal gingivitis, with rates growing much higher in adolescents (1,2). Such high prevalence rate is an indication of not always successful treatment and preventive measures (3). A key role in inflammatory responses play proteolytic enzymes, which are capable of breaking protein components of connective tissue matrix (4,5).

Our study focuses on the changes in a proteolysis-inhibitor system, which is a pathogenetic link in the progression of chronic catarrhal gingivitis in children. Based on the results, for greater treatment effectiveness, we have developed a set of preventive and curative measures, applicable for the targeted children.

Materials and methods. 112 children aged 14–17 years were examined, 92 of which formed the main chronic catarrhal gingivitis group. To evaluate the preparations clinical efficacy an experimental group of 50 children was singled out from the main group (divided by two depending on the type of the inhibitor applied). 20 children with healthy parodontium formed a control group. The study materials were mixed saliva, gingival fluid and tooth plaque, which were examined using advanced high-sensitivity biochemical techniques.

Results. The proteolytic enzymes activation with different specificity (neutral proteinases, elastase, kallikreine) was ascertained, α 1-inhibitor proteinases in saliva, gum liquid and tooth plaque being decreased in chronic catarrhal gingivitis children. In vitro experiments have shown that “APROCAL” (“Jenny Biotech”, India) inhibitor with concentration of 100–400 mcg reduced the neutral proteinases activity by 87%, elastase by 57%, kallikreine by 70%. Synthetic inhibitor “PAMBA” (“IPW”, Germany) fully reduces (by 98%) fibrinolytical activity of saliva.

The treatment and prevention therapy, developed and introduced into clinical use for children with chronic catarrhal gingivitis, included:

1. Teaching children individual dental hygiene, choosing optimal means and techniques.
2. Regular professional oral hygiene.
3. Oral cavity sanitation (elimination of decay cavities, defective tooth fillings).
4. Application of mefenamic paste or paste "Mefenat" ("Farmak") for 15–20 minutes for moderate and severe cases. The anti-inflammatory therapy duration is 5–10 days.
5. Application of antiprotease preparations "PAMBA" and "APROCAL" on gums for 15–20 minutes once a day. The number of applications depended on the severity of the disease. The slight cases required 5–6 applications, moderate ones – 7–8 applications, severe cases required up to 10 applications.
6. As a mouth wash at home "Elekasol" herbal preparation was recommended. For acute phase we recommended chamomile tea or its aqueous alcoholic extract, named "Rekutan", twice a day for 15–20 minutes after tooth brushing.

According to the clinical and biochemical studies results, the synthetic inhibitor "PAMBA" proved effective for the marked gingival hemorrhage, while the "APROCAL" inhibitor was more helpful in case of obvious gingival edema, congestions, recurrent diseases.

The treatment course was ceased, when patients stopped to complain about bleeding and pain in gums, in case of good oral hygiene, in case of mass on gums, in case of disappearance of hyperemia and gingival margin edema, and also in case of obvious improvement of laboratory parameters of parodontium status.

After a while, children with moderate and severe forms underwent the prevention inhibitory therapy: once in 6 months for moderate forms, once in 3 months for severe forms. For children with slight form professional oral hygiene once in 6 months was enough.

The effectiveness of the proposed treatment plan was proved by clinical examination of 70 children immediately after the therapy, and also 3, 6 and 12 months later.

Conclusions. The introduction of the proposed treatment and prevention therapy helps to normalize the parameters of parodontal and hygiene indices, proteinase and elastase activity, and also content of their

main regulator – α 1-inhibitor proteinase. This confirms the effectiveness of the proposed plan of treatment of parodontal tissues in children with chronic catarrhal gingivitis. The application of pathogenetically determined complex has a positive effect on the clinical course of inflammation in gums, significantly reduces the therapy duration (in about 1,5 times) and accounts for a steady clinical remission during 1,5 year.

References

1. Rasprostranennost zabolevaniy parodonta u detey i podrostkov / Hitrov V.U., Ageeva L.Sh., Hamitova N.H. et al. // *Kazan.med.journal*, 1999. – № 1. – S. 71–72.
2. Khomenko L.O., Antonishin B.V., Kononovich O.F., et al. Stomatologichniy status u dityey pislya avarii na ChAES (10-richni sposterejennya) // *Ukrainskiy stomatologichniy almanah*, 2001. – № 6. – С. 92–95.
3. Samoylenko et al. Algoritmi likuvannya zapalnih zahvoruvan parodontu. – Dnipro, Zaporijjya, 2019. – 126 с.
4. Veremeenko K.N., Goloborodko O.P., Kizim A.I., Proteoliz v norme i pri patologii. – K.: Zdorovya, 1988. – 198 s.
5. Grigorian A.S. Rol i mesto fenomena povrejdenia v patogeneze zabolevaniy parodonta// *Stomatologia*, 1999. – №1. – S.16–20.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПРОРІЗУВАННЯ ЗУБІВ

Гороховський В.В.

Одеський національний медичний університет,
кафедра стоматології дитячого віку
м. Одеса, Україна

Карієс зубів – найпоширеніше стоматологічне захворювання [1, 2]. Відомо, що карієс зубів виникає внаслідок дії ендогенних та екзогенних чинників, серед яких: мікроорганізми зубного нальоту, висока частота споживання в їжу вуглеводів, дефіцит фторидів, зміна властивостей ротової рідини та зниження карієсрезистентності емалі зубів [3]. Окрім цього, високу інтенсивність карієсу відзначали у дітей із загальносоматичною патологією [4, 5].

Сучасні наукові дослідження щодо поширеності основних стоматологічних захворювань у дітей різних регіонів України демонструють високу поширеність карієсу зубів та відсутність тенденції до її зниження [6, 7].

Таким чином, дослідження інтенсивності карієсу тимчасових зубів у дітей є актуальним завданням стоматології.

Мета дослідження: вивчити поширеність та інтенсивність карієсу тимчасових та постійних зубів у дітей віком 8 років із затримкою прорізування зубів.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 31 дитини із затримкою прорізування зубів, у яких прорізалося не більше ніж 4 постійних зуба. Інтенсивність каріозного процесу в тимчасових зубах визначали за індексами кпз та кпп, у постійних зубах – за індексами КПУз та КПУп.

Результати дослідження. Поширеність карієсу в дітей із затримкою прорізування становила 100 %. Інтенсивність каріозного процесу тимчасових зубів у дітей віком 8 років із затримкою прорізування зубів за індексом кпз становила $4,94 \pm 0,23$. Інтенсивність каріозного процесу постійних зубів у обстежених дітей віком 8 років із затримкою прорізування зубів за індексом кпз – $0,74 \pm 0,08$.

Унаслідок проведених досліджень виявлено велику кількість нелікованих каріозних порожнин та високий показник ускладнень карієсу тимчасових зубів.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать про необхідність розробки комплексної системи профілактики карієсу зубів у дітей із затримкою прорізування зубів.

Література

1. Задорожная И. В. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей Украины: результаты клинико-эпидемиологического обследования / И. В. Задорожная, В. В. Поворознюк // Біль. Суглоби. Хребет, 2014. – №1–2. – С. 26–29.
2. Нахманов В. В. Распространенность и интенсивность кариеса у детей в возрасте от 6 до 10 лет и способы их профилактики / В. В. Нахманов. // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация, 2018. – №3–4. – С. 121–122.
3. Л. А. Хоменко, Н. В. Биденко, А. В. Савичук и др. Детская терапевтическая стоматология. – К.: Книга-Плюс, 2018. – 396 с. – (Том 1).
4. Павленкова О. С. Показники поширеності й інтенсивності карієсу зубів у дітей 6–7 років, які часто хворіють на гострі респіраторно-вірусні інфекції / О. С. Павленкова. // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії, 2015. – №1. – С. 35–38.
5. Сатыго Е. А. Анализ структуры заболеваемости кариесом у детей с различной соматической патологией / Е. А. Сатыго, К. В. Реутская // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, 2017. – №3. – С. 80–83.
6. Смоляр Н.І. Оцінка визначення ступеня активності карієсу зубів у дітей шкільного віку

як одного з показників санації / Н.І. Смоляр, Н.Л. Чухрай // Вісник стоматології, 2012. – № 4. – С. 97–100.

7. Вікові відмінності показників карієсу постійних зубів у дітей 6–16 років / Л. Ф. Каськов, К. М. Попик, Л. П. Уласевич та ін. // Вісник проблем біології і медицини, 2019. – №1. – С. 353–357

СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ІЗ СКУПЧЕНІСТЮ ЗУБІВ

Дмитренко М.І.

Українська медична стоматологічна академія, кафедра ортодонтії
м. Полтава, Україна

Лікування пацієнтів із зубощелепними аномаліями (ЗЩА) зі скупченістю зубів (СЗ) індивідуальне і залежить від віку пацієнта, етіології і клінічної форми аномалії та супутніх ускладнень. Скупченість зубів є не лише самостійною аномалією, а здебільшого поєднана з порушеннями прикусу в сагітальній, вертикальній та трансверзальній площинах, зубоальвеолярними і гнатичними формами ЗЩА, що значно ускладнює лікування [1–2].

Мета дослідження: поліпшення діагностики і ефективності лікування ЗЩА зі СЗ на підставі клініко-епідеміологічного дослідження, вивчення провідних етіологічних чинників, ланок патогенезу, вдосконалення комплексних методів діагностики і лікування та впровадження авторських ортодонтичних конструкцій.

Матеріали і методи. Обстежили і провели ортодонтичне лікування 169 пацієнтів віком від 4 до 42 років, у яких виявлено ЗЩА, ускладнені СЗ верхньої та нижньої щелеп. Серед обстежених жінок було 116, чоловіків – 53. Більшості з них (128 осіб) проведено лікування в період постійного прикусу, 37 – в період змінного прикусу, 4 – у період тимчасового прикусу.

Результати дослідження. Спираючися на результати дослідження, запропонували алгоритм чинників ризику СЗ [3] з урахуванням порушення прикусу в трьох площинах, зубоальвеолярних змін, відхилень від норми функцій порожнини рота, аномалій прикріплення м'яких тканин порожнини рота тощо.

Для лікування з використанням апаратури застосовували знімні і незнімні конструкції механічної, функціональної та комбінованої дії.

Використовували комплексний підхід – поєднання апаратурного, біологічного, хірургічного, протетичного методів.

Лікувальні заходи планували відповідно до протоколів надання стоматологічної допомоги в разі виявлення СЗ, що включають психотерапевтичну підготовку; усунення етіологічних чинників; нормалізацію функцій порожнини рота; форму та розміри зубних рядів; нормалізацію співвідношення зубних рядів; ретенцію досягнутих результатів. Лікування ЗЩА із СЗ проводили із застосуванням розроблених власних алгоритмів: загального і місцевого методів лікування [4, 5], з урахуванням особливостей лица та психотипу пацієнта. Також індивідуально визначали показання до методу створення місця в зубному ряду і вибору ортодонтичної конструкції.

Вирішальне значення в стратегії лікування ЗЩА із СЗ має створення місця в зубному ряду. Більшість ортодонтів вважають, що найсприятливішим періодом лікування СЗ є активний ріст щелеп, тобто період тимчасового і змінного прикусу. Основна мета ортодонтичного лікування СЗ у період тимчасового і змінного прикусу – корекція порушених умов розвитку щелепно-лицевої ділянки; поліпшення її функціонального стану; створення умов для гармонійного росту щелеп. В алгоритм обстеження пацієнтів у період росту необхідно включити визначення кісткового віку за стадією формування шийних хребців на бічних телерентгенограмах. У випадку активного росту щелеп лікування варто поєднувати з модифікацією росту щелеп за допомогою апаратів міжщелепної дії або лицевих дуг. По завершенні росту вертикальний тип будови лицевого скелета обмежує можливість безекстракційного лікування.

Висновки. У лікуванні ЗЩА із СЗ важливе значення має комплексний підхід, що включає поєднання функціонального, апаратурного, хірургічного і протетичного методів. Під час планування ортодонтичного лікування пацієнтів із СЗ потрібно брати до уваги і застосовувати розроблені алгоритми.

Література

1. Дорошенко С.І. Розповсюдженість зубощелепних аномалій та деформацій, а також дефектів зубів та зубних рядів серед дітей шкільного віку м. Києва / С.І. Дорошенко, Є.А. Кульгінський, Ю.В. Ієвлева [та ін.] // Вісник стоматології, 2009. – № 2. – С. 76–81.

2. Дрогомирецька М.С. Мультидисциплінарний підхід у необхідності ортодонтичної підготовки пацієнтів із аномаліями зубощелепової системи / М.С. Дрогомирецька, О.О. Єреська, Р. Павличко // Новітні технології в ортодонтії : зб. наук. пр. Першого українського ортодонтичного конгресу. – Київ, 2013. – С. 72–75.
3. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір Міністерство освіти і науки України, Державний департамент інтелектуальної власності. Алгоритм факторів ризику скупченості фронтальних зубів верхньої і нижньої щелеп / М.І. Дмитренко. – № 34550; заявл. 9.06.2010 № 34801 ; дата реєстрації 12.08.2010.
4. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір Державна служба інтелектуальної власності України. Алгоритм діагностики зубощелепних аномалій, ускладнених скупченістю фронтальних зубів / М.І. Дмитренко. – № 41667; заявл. 7.11.2011 № 41950; дата реєстрації 5.01.2012.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір Державна служба інтелектуальної власності України. Алгоритм лікування пацієнтів із зубощелепними аномаліями, ускладненими скупченістю зубів / М.І. Дмитренко. – № 47296; заявл. 20.11.2012 № 47729 ; дата реєстрації 21.01.2013.

ПОКАЗАННЯ ТА ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ВИДАЛЕННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ І ДЕФОРМАЦІЙ У РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ ФОРМУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНОГО АПАРАТУ

Дорошенко С.І., Кузьменко І.С.

ПВНЗ Київський медичний університет,
кафедра ортопедичної стоматології та ортодонтії
м. Київ, Україна

До числа недосконало вивчених питань стоматології, у тому числі ортодонтії, належить роль третіх молярів у формуванні зубоальвеолярних дуг та прикусу. Існує низка методик, спрямованих на корекцію зубощелепних деформацій, пов'язаних з видаленням премолярів та молярів за ортодонтичними показаннями. Встановлено радіографічну схему послідовності розвитку третіх молярів. Вивчено причини ретенції третіх молярів, зумовлені зменшенням туберального та ретромолярного просторів, а також механізм зміни ангуляції перших та других молярів. При цьому встановлено зменшення туберального, ретромолярного та міжкілового просторів унаслідок медіальної міграції постійних зубів після передчасної втрати тимчасових зубів. Проте не визначено чітких показань та протипоказань до їх видалення за ортодонтичними показаннями, не розроблено алгоритму обстеження таких пацієнтів та профілактичних методів лікування, спрямо-

ваних на збереження третіх молярів, а також не розкриті можливості прогнозування результатів проведеного ортодонтичного лікування.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування і профілактики зубощелепних аномалій та деформацій, пов'язаних з ретенцією третіх молярів, спрямованих на збереження зуба та достатній ріст і розвиток щелеп, шляхом розробки показань та протипоказань до їх видалення, а також прогнозування результатів лікування.

Матеріали і методи. Нами опрацьовано 1070 ортопантомограм дітей віком 7–18 років. Рентгенологічні знімки було згруповано відповідно до дев'яти стадій формування третіх молярів. Обстеження проводили за методиками, розробленими та спрямованими на визначення і прогнозування величини туберального та ретромолярного просторів, ангуляції перших і других молярів, величини міжкілового простору, дефіциту місця для прорізування ікол та премолярів. Визначали зміну величини ангуляції третіх молярів відповідно до стадій формування зубощелепного апарату та проведеного лікування пацієнтів основної та контрольної груп.

Результати дослідження. У пацієнтів зі зменшеною відстанню міжкілового простору, прогнозованим дефіцитом місця для прорізування ікол та премолярів, котрим не проводили ортодонтичного лікування, збільшувалася ангуляція перших молярів та премолярів, що збільшило ризик стійкої ретенції третіх молярів. У пацієнтів, яким проводили ортодонтичне лікування, спрямоване на збільшення міжкілового простору, нормалізувалася величина ангуляції других та третіх молярів, зменшився ризик ретенції третіх молярів.

Висновки. Однією з причин ретенції третіх молярів є збільшення величини ангуляції перших та других молярів у процесі формування зубощелепного апарату внаслідок зменшення міжкілового простору. Збільшення величини міжкілового простору та зменшення величини ангуляції третіх молярів зменшує ризик виникнення ретенції третіх молярів. Раннє лікування та профілактика у дітей з дефіцитом місця в зубному ряду знижує ризик виникнення ретенції третіх молярів.

Література

1. Ricketts R.M., Turley P., Chaconas S., Schulhof R.J. Third molar enucleation: diagnosis and technique. J Calif Dent Assoc. 1976; 4:52-7.
2. Shokri A., Mahmoudzadeh M., Baharvand M., Mortazavi H., Faradmal J., Khajeh S., Yousefi F., Noruzi-Gangachin M. Position of impacted mandibular third molar in different skeletal

facial types: First radiographic evaluation in a group of Iranian patients // *Imaging Sci Dent*. 2014 Mar; 44(1) : 61-5. DOI: 10.5624/isd.2014.44.1.61.

3. Yurdabakan Z.Z., Okumus O., Pekiner F.N. Evaluation of the maxillary third molars and maxillary sinus using cone-beam computed tomography // *Niger J Clin Pract*. 2018 Aug;21(8):1050-1058. DOI: 10.4103/njcp.njcp_420_17.
4. Carlos Flores-Mira, Lisa McGrath, Giseon Heoc, Paul W. Majord. Efficiency of molar distalization associated with second and third molar eruption stage. A systematic review // *Angl Orthodontist*, Vol 83, No 4, 2013.
5. Cagri Turkoz, Cağrı Ulusoy. Effect of premolar extraction on mandibular third molar impaction in young adults // *Angle Orthod*. 2013; 83:572–577. DOI: 10.2319/101712-814.1
6. Petya G. Kanazirska, Georgi Y. Yordanov, Irina A. Angelova, Nikolai D. Kanazirski. X-ray measurements of impacted mandibular third molars // *Journal of IMAB*. 2017. Jan-Mar;23(1):1516-1519. DOI: 10.5272/jimab.2017231.1516
7. Elham S. Abu Alhaijaa, Fedaa T. Wazwaz. Third molar tooth agenesis and pattern of impaction in patients with palatally displaced canines // *Angle Orthod*. 2019; 89:64–70.
8. Bradly Russell, Mark Skvara, Eric Draper, William R Proffit, Ceib Philips, Raymond P White Jr. The association between orthodontic treatment with removal of premolars and the angulation of developing mandibular third molars over time // *Angle Orthod*. 2013 May;83(3):376-80. DOI: 10.2319/071112-573.1.
9. Radiographic Evaluation of Developmental Stages of Third Molar in Relation to Chronological Age as Applicability in Forensic Age Estimation Arati S. Panchbhai Senior Lecture, Oral medicine and Radiology, Wardha, India
10. Гришина Е.Б. Влияние позиции моляров на формирование аномалий зубочелюстной системы: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. - М., 2004. - 22 с.
11. Mevlut Celikoglua, Hasan Kamakb. Patterns of third-molar agenesis in an orthodontic patient population with different skeletal malocclusions // *Angle Orthod*. 2012; 82:165–169.
12. Demirjians method in the estimation of age: A study on human third molars. *Journal of forensic dental sciences (JFDS)* May 2015. DOI: 10.4103/0975-1475.155081.

АНАЛІЗ АСОЦІАЦІЇ ПОЛІМОРФІЗМУ RS2981579 ГЕНА FGFR2 З РОЗВИТКОМ ПАТОЛОГІЧНИХ ФОРМ ПРИКУСУ

Дорошенко С.І.¹, Шкарупа В.М.², Стороженко К.В.³

¹ НЗ «Київський медичний університет», м. Київ, Україна,

² Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна,

³ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м Київ, Україна

Формування патологічних форм прикусу зумовлено цілим комплексом як набутих, так і спадкових чинників. При цьому різні форми неправильного прикусу демонструють складнощі успадкування й етіології. Спектр генів-кандидатів, які можуть бути залучені до реаліза-

ції розвитку патологічних форм прикусу, доволі широкий і включає групи генів, що контролюють різні метаболічні і гомеостатичні системи. Зокрема, FGFR2 в нормі відповідає за розвиток кісток і суглобів, беручи участь у регуляції диференціації та проліферації остеобластів і хондроцитів. Підвищена активність сигнального шляху FGF в ембріону та дітей призводить до розвитку аномалій скелета, включаючи карликовість і краніосинтозні синдроми, ахондроплазії. На сьогодні виявлено понад 60 мутацій гену FGFR2, для яких показана асоціація з такими патологіями, як синдроми Аперта, Крузона, Джексона-Вейсе, Антлі-Бікслера, Біра-Стівенсона тощо. В ортодонтичному плані випадки таких вад розвитку супроводжуються верхньощелепною гіпоплазією, відносним нижньощелепним прогнатизмом і пов'язаними з ними проблемами розвитку патологічних прикусів. Разом з тим такі мутації є рідкісними, значно більш поширеними є одонуклеотидні поліморфізми (ОНП) цього гену, які не призводять до повної втрати його функціональної активності, але їхній зв'язок з несиндромальними формами патологічного прикусу залишається малодослідженим.

Мета роботи: провести аналіз асоціації ОНП rs2981579 гену FGFR2 з ризиком розвитку патологічних форм прикусу в людини.

Матеріали і методи. Молекулярно-генетичне тестування поліморфного rs2981579, C>T локусу гену FGFR2 проведено методом ПЛР- ПДРФ у пацієнтів з різними формами прикусу: мезіальним (110 осіб), дистальним (81 особа), глибоким (88 осіб). Контрольну групу становили 103 особи без патологій прикусу. Аналіз асоціації поліморфізму rs298157 FGFR2 з ризиком розвитку патологій прикусу проводили в різних моделях успадкування (мультиплікативна, адитивна, домінантна, рецесивна).

Результати дослідження. Встановлено, що поліморфізм rs2981579 гену FGFR2 асоційований зі схильністю до розвитку мезіального прикусу, OR = 1,67 (95 % CI = 1,14–2,45; p = 0,009, мультиплікативна модель). Носії варіантного алеля Т (генотипи ТТ + СТ), порівняно з гомозиготними носіями алеля С (рецесивна модель) мали 3,21-кратне збільшення ризику розвитку цієї патології (95 % CI = 1,57–6,57; p = 0,001). Виявлено протекторний ефект гомозиготного носійства алелів СС щодо розвитку цієї патології, OR = 0,31 (95 % CI = 0,15–0,64; p = 0,001). Аналогічну асоціацію одонуклеотидного поліморфізму rs2981579 FGFR2 з ризиком розвитку патологічного прикусу було

вивлено у пацієнтів з дистальним прикусом у рецесивній моделі $OR = 2,75$ ($95\% \text{ CI} = 1,16 - 6,53$; $p = 0,02$). Не виявлено асоціації поліморфізму rs2981579 гену FGFR2 з ризиком розвитку глибокого прикусу в жодній з проаналізованих моделей успадкування ($OR = 0,82$, $95\% \text{ CI} = 0,50 - 1,36$; $p = 0,45$, мультиплікативна модель). Аналізуючи отримані результати, потрібно зазначити таке. Остаточне формування патологій прогнатичного та прогенічного характеру може бути зумовлено різними механізмами, проте всі вони призводять до порушення процесів росту і розвитку зубо-щелепного апарату в горизонтальній площині на відміну від формування глибокого прикусу, спричиненого порушенням змикання зубів у вертикальній площині. Тому можна припустити, що зміни функціональної активності FGF сигнального шляху зумовлені дослідженням поліморфізмом, можуть на ранніх етапах розвитку призводити до порушення процесів росту і розвитку зубо-щелепного апарату в горизонтальній площині, які надалі можуть модифікуватися іншими чинниками, які й визначають остаточний напрямок у формуванні мезіального або дистального прикусу.

Висновки. Вперше проаналізовано асоціацію поліморфізму rs2981579 гену FGFR2 з різними формами патологічного прикусу. Виявлено асоціацію цього поліморфізму з ризиком розвитку як мезіального, так і дистального прикусу за відсутності статистично значущої асоціації з ризиком розвитку глибокого прикусу. Можливі механізми значення досліджуваного поліморфізму у формуванні патологічних форм прикусу обговорюються.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ДІТЕЙ У ПЕРІОД ЗМІННОГО ПРИКУСУ

Сгоров Р.І.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
м. Київ, Україна

Основним методом лікування переломів нижньої щелепи є іммобілізація уламків. Вибір виду фіксації залежить як від локалізації перелому, наявності зміщення, так і від особливостей анатомо-фізіологічної будови нижньої щелепи у дітей [1,2]. Накладання фіксувальних

елементів при травмах щелеп у дітей потребує коректного положення їх та щадного ставлення до тканин зубо-щелепного апарату [3].

Мета дослідження: визначити структуру та види іммобілізації нижньої щелепи при її переломах у період змінного прикусу.

Матеріали і методи. Упродовж 7 років під нашим спостереженням перебувало 302 дитини, із них у період змінного прикусу 73 (24 %) пацієнти з 95 переломами, яких лікували на клінічній базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ім. О.О. Богомольця. Аналіз історій хвороб проводили за запропонованою картою обстеження.

Результати дослідження. Найбільшу кількість переломів було виявлено в ділянці виросткових відростків (ВВ) – 57 (60 %), тіла нижньої щелепи – 16 (17 %) та ментального відділу – 14 (15 %). Переломи з іншими локалізаціями були представлені поодинокими випадками: серединний перелом – 4 (4 %), гілка – 3 (3 %) та комірковий відросток – 1 (1%).

Іммобілізацію фрагментів нижньої щелепи при переломах у більшості випадків проводили з використанням двощелепного шинування за Тігерштедтом – 48 (66 %), у поєднанні з металоостеосинтезом (МОС) – 18 (25 %), ізольовано МОС – 5 (7%), інтраосальні гвинти в комбінації з МОС – 1 (1 %) та ортодонтичні кнопки – 1 (1%) випадок. Превалювання шин Тігерштедта пояснюється можливістю застосування їх при переломах як зі зміщенням, так і без та з різною локалізацією.

Особливого значення така іммобілізація набуває при переломах ВВ із зміщенням та без у дітей віком до 8 років, яким згідно з міжнародними протоколами остеосинтез не застосовують [4]. При переломах у ділянці ментального відділу та тіла нижньої щелепи, в основному без зміщення чи з незначним зміщенням, накладання шини відповідало основним принципам іммобілізації, а саме шина утримувала фрагменти нижньої щелепи і була розташована з обох боків лінії перелому. Однак такий вид шини має принципові особливості для її накладання – це наявність для опори достатньої кількості стабільних зубів у зубній дузі. Також потрібно врахувати травму тканин пародонта при фіксації їх, труднощі під час заміни тяг та необхідність застосування в більшості випадків загального знеболення на всіх етапах лікування.

МОС в ізольованому вигляді був використаний у разі значного зміщення фрагментів нижньої щелепи з локалізацією в ментальному та серединному відділах. МОС накладали за відсутності достатньої кількості стабільних зубів для опори. Особливості фіксації пластин у дітей віком до 6 років полягають у необхідності розташування їх по нижньому краю щелепи, щоб не травмувати зачатки зубів.

Висновки. Найбільш поширеним видом іммобілізації в дітей є двощелепне шинування, застосування якого обмежено в період змінного прикусу. МОС має вікові особливості застосування в період змінного прикусу з урахуванням локалізації зачатків зубів, зон росту та будови нижньої щелепи.

Література

1. Burlini D, Conti G, Amadori F, Bardellini E, De Giuli C. Management of paediatric maxillofacial fractures: conventional methods and resorbable materials. *Eur J Paediatr Dent.*, 2015; 16:24-8.
2. Namdev R, Jindal A, Bhargava S, Dutta S, Singhal P, Grewal P. Patterns of mandible fracture in children under 12 years in a district trauma center in India. *Dent Traumatol.*, 2016; 32:32-6.
3. Owusu JA, Bellile E, Moyer JS, Sidman JD. Patterns of pediatric mandible fractures in the United States. *JAMA Facial Plast Surg.*, 2016; 18:37-41.
4. Schiel S, Mayer P, Probst F, Otto S, Cornelius CP. Transoral open reduction and fixation of mandibular condylar base and neck fractures in children and young teenagers: A beneficial treatment option? *J Oral Maxillofac Surg.*, 2013; 71:1220–1230.

КОМБІНОВАНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ГЕЛЮ BIOREPAIR

Ісакова Н.М., Закалата Т.Р.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра стоматології дитячого віку
м. Вінниця, Україна

Зміни в розвитку і становленні прикусу виникають унаслідок дії генетичних чинників, шкідливих звичок та особливостей розвитку, але головним питанням в усіх клінічних випадках залишається об'єктивний підхід до лікування та запобігання порушенням. Найефективнішим періодом для раннього ортодонтичного лікування є вік 7–12 років, який характеризується активізацією росту кісток лице-

вого скелета та зміною зубів. Це допомагає досягти стабільного ортогнатичного прикусу. Аспекти психологічного становлення особистості дитини в цьому віці також є переконливими чинниками для виключення психосоматичних комплексів, тому методика застосування такої конструкції, як LM-активатори, передбачає дозоване використання збалансованих сил, що діють одночасно як на зубні ряди, так і на м'язи щелепно-лищевої ділянки, формуючи низку фізіологічних ознак. Лише провівши одну ортодонтичну консультацію, можна підібрати індивідуальний розмір LM-активатора, який не потребує корекції надалі. Актуальним є також питання профілактики та лікування захворювань тканини пародонта, зокрема ясен, під час та після проведеного ортодонтичного лікування

Мета дослідження. Вдосконалити методику раннього ортодонтичного лікування у дітей віком 7–12 років за допомогою LM-активаторів під час змінного прикусу. Визначити перевагу цього методу лікування з точки зору комплексного підходу до проблеми патології прикусу. Визначити ефективність застосування пародонтологічного гелю BioRepair для лікування гінгівіту та профілактики карієсу під час ортодонтичного лікування.

Матеріали та методи. Після дослідження з LM-активаторами у віковій групі 7–12 років було створено контрольну групу в кількості 12 дітей. На початку було проведено аналіз ортопантомографії кожного пацієнта та визначення стану кісткової тканини і тимчасових зубів, ступінь резорбції кореня і стан зачатків постійних зубів. Проведено вимірювання параметрів зубних рядів за допомогою спеціальної силіконової лінійки «Ortho-size», визначено розмір і форму LM-активатора.

Під дією сили, що виникає в силіконовій капі LM-активатора, відбувається формування правильного положення зубних рядів відповідно до фізіологічних параметрів.

Після встановлення апарата в порожнину рота пацієнтові надавалися рекомендації щодо його використання та догляду за ним. Застосовували гель BioRepair у вигляді аплікацій для профілактики карієсу та лікування гінгівіту під час ортодонтичного лікування. Кожен з пацієнтів проходив огляд 1 раз на 3 міс. Після проведення професійного чищення зубів на ясна наносився пародонтгель BioRepair. Гель з натуральними компонентами відновлює емаль за допомогою 28 %

частинок microRepair (рідка емаль). Гіалуронова кислота надійно захищає ясна, а також зволожує їх. Екстракти спіруліни та календули, ромашки володіють протизапальними властивостями, а екстракт гаммелісу має судинозвужувальні властивості.

Результати дослідження. Внаслідок раннього ортодонтичного лікування за допомогою LM-активаторів у групі дітей віком 7–12 років було встановлено ефективність і зручність цього методу лікування за рахунок впливу на зубні ряди та особливостей міофункціонального компоненту. Вже під час другого відвідування спостерігалася позитивна динаміка у лікуванні цим апаратом. Максимально точний результат щодо лікування LM-активатором було досягнуто в середньому через 1,5 року. За даними первинного огляду, значення РМА в групі дітей, яких лікували за допомогою LM-активаторів, становило $54,34 \pm 1,56 \%$, що характерно для явищ запалення в тканинах пародонта, зокрема ясен. Повторне клінічне обстеження, проведене через 1 міс, показало значне поліпшення показників РМА – $26,06 \pm 1,2 \%$, приріст карієсу за рік становив $0,72 \pm 0,14$.

Висновки. Використання LM-активаторів виключає потребу подальшого ортодонтичного лікування та запобігає виникненню рецидивів і стійких аномалій прикусу в майбутньому. У ході проведеного порівняльного клінічного дослідження встановлено, що пародонтонгель BioRepair має виражені протизапальні властивості, стимулює обмінні процеси в тканинах пародонта, відновлює емаль за допомогою частинок microRepair.

Література

1. Головка НВ, Бабенко АД. Підвищення ефективності лікування хронічного гіпертрофічного гінгівіту в ортодонтичних пацієнтів. – Український стоматологічний альманах, 2013;(5):60-2.
2. Nakai, Yukie, Yukako Mori, and Izumi Tamaoka. «Antenatal health care and postnatal dental check-ups prevent early childhood caries.»The Tohoku journal of experimental medicine 240.4 (2016): 303-308.

ОБҐРУНТУВАННЯ ВАЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИЧНИХ ЗАХОДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ПІДХОДІ ДО ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКУПЧЕНІСТЮ ЗУБІВ

Канюра О.А., Кримовський К.Г., Бродецька Л.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Дані спеціальної літератури свідчать про стабільно високу частоту зубощелепних аномалій та деформацій у дітей та підлітків. Збільшення поширеності їх спостерігають у період змінного прикусу, що сягає 80%. Причому найчастішими є аномалії I класу, які, за даними різних авторів, становлять від 50,6 до 84,4%, а показник скупченості зубів у період змінного прикусу доходить до 77%. Також доведено, що з віком скупченість зубів майже не піддається саморегуляції і у 80–90% випадків зі змінного прикусу переходить на постійний. Тому рання діагностика і лікування скупченості зубів є надзвичайно актуальним питанням ортодонції сьогодення.

Деякі автори відзначають, що значну роль у розвитку зубощелепних аномалій відіграє спадковість. Однак частота спадкових аномалій невисока і приблизно становить 14% загальної кількості. А ось такі зовнішні чинники впливу, як смоктання або прикушування губ, язика, щік, пальців, олівця, інших предметів, є одними з головних причин, що призводять до формування зубощелепних аномалій. Дослідниками встановлено, що шкідливі звички негативно впливають на ріст, розвиток і формування кісток лицевого черепа і прилеглих м'яких тканин, а аномалії розвитку вуздечок губ і язика, аномалії положення зубів, наявність надкомплектних зубів, а також спосіб вигодовування є причиною виникнення звуження зубних рядів верхньої щелепи і має значний вплив на ріст та розвиток альвеолярного гребеня нижньої щелепи. Одним із найважливіших етіологічних чинників розвитку звуження зубних рядів та щелеп є порушення функції дихання, основною причиною якої є захворювання ЛОР-органів: викривлення носової перегородки, гіпертрофія носових раковин, глоткових і піднебінних мигдаликів, хронічні риносинусити, аденоїдні розростання тощо. Звуження задніх фарингеальних шляхів унаслідок збільшення аденоїдів призводить до послідовних процесів морфоло-

гічних порушень, починаючи від найближчих структур (верхня щелепа) і закінчуючи різноманітними порушеннями прикусу. Одні автори вважають, що ускладнення носового дихання є причиною звуження щелеп і інших зубощелепних аномалій, інші ж, навпаки, вважають, що звужена верхня щелепа спричиняє порушення дихання. Деякі закордонні науковці заперечують безпосередній зв'язок між цими патологічними процесами.

Етіологія ж скученості зубів є багатофакторною. Багато із цих причин є добре зрозумілими та задокументованими, проте ще існують причини та взаємозв'язки, що не були повністю досліджені. Історично вважали, що скученість зубів виникає внаслідок невідповідності розмірів щелеп та зубів. Однак існують і такі дослідження, що заперечують цю кореляцію.

Вважаємо, що визначення етіологічного чинника розвитку зубощелепної аномалії, у тому числі скученості зубів, є ключовим моментом у виборі тактики ортодонтичного лікування пацієнтів із цією патологією. Саме тому на перший план виносимо питання діагностики, яка включає в себе збір анамнезу, аналіз ортопантограм для визначення стану прорізування постійних зубів, наявності зачатків зубів мудрості та розташування їх у щелепах. Також доцільним є розшифровування телерентгенограм за аналізом Jarabak, що дає змогу не тільки оцінити форму зубощелепної патології, а й спрогнозувати тип росту лицевого черепа у змінному прикусі. Нині особливо актуальним є використання конусно-променевої комп'ютерної томографії для визначення індивідуальних параметрів будови лицевого черепа пацієнта, таких як розміри щелеп та їхні базиси, ширина верхніх фарингеальних дихальних шляхів, антропометричні методи вимірювання ступеня тяжкості скученості, розмірів зубних рядів та зубів. Перераховане вище дає змогу всебічно оцінити складність майбутнього лікування та його прогноз.

Література

1. Карасюнок А.Є. Морфо-функціональний стан зубощелепної ділянки у дітей 6-11 років м. Полтави / А.Є. Карасюнок, К.Л. Курєдова // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії, 2010. – Том 10, випуск 3(31). – С. 27–29.

2. Частота і поширеність аномалій та деформацій зубощелепного апарату в період змінного прикусу / П.С. Фліс, В.В. Філоненко, Н.М. Дорошенко // Український стоматологічний альманах, 2016. – № 1(1). – С. 75–78.
3. Alhammadi MS, Halboub E, Fayed MS, Labib A, El-Saaidi C. Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. *Dental Press J Orthod.* 2018 Nov-Dec;23(6):40.e1-40.e10. doi: 10.1590/2177-6709.23.6.40.e1-10.onl. Erratum in: *Dental Press J Orthod.*, 2019 Aug 01;24(3):113. PMID: 30672991; PMCID: PMC6340198.
4. Buschang PH. Class I malocclusions—The development and etiology of mandibular malalignments. *Seminars in Orthodontics* 2014;20(1):3–15.
5. Proffit W. Fields H. Malocclusion and dentofacial deformity in contemporary society. *Contemporary Orthodontics.* 5 ed; 2013.
6. Macari A.I. New insights on age-related association between nasopharyngeal airway clearance and facial morphology / Macari A.I., Bitar M.A., Ghafari J.G. // *Orthod Craniofac Res.* – 2012. – Vol. 15. – P. 188–197.
7. Bishara S.E. *Textbook of Orthodontics* / Bishara S.E. – N.Y.: Saunderscompany, 2001. – 592 p.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФАНТИЛЬНИХ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ

Кисельова Н.В., Кірієнко Ю.Ю.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
м. Київ, Україна

Інфантильні гемангіоми (ІГ) становлять найбільшу кількість (80–90 %) серед усіх судинних новоутворень щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) у дітей [1,2]. У разі сегментарного поширення їх ризик розвитку серцево-судинних захворювань і порушень з боку центральної нервової системи зростає до 20–31 % [3,4].

Мета роботи: визначити характерні прояви і супутні захворювання у дітей із сегментарними ІГ.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 26 дітей (20 дівчаток та 6 хлопчиків) з ІГ ЩЛД віком від 20 днів до 4 років. Проведено клінічне обстеження, доплерографію, холтеровський моніторинг, УЗД серця, МРТ ЩЛД.

Результати дослідження. Аналіз анамнестичного скринінгу вагітності матерів 26 дітей з ІГ ЩЛД показав, що ранній токсикоз перенесли 42,3 % жінок, пізній – 19,2 %, загрозу викидня – 11,5 % і лише у 27 % перебіг вагітності був фізіологічним. Гіпоксію плода зафіксовано у 27 % випадків. ІГ ЩЛД в усіх дітей виявлялася одразу після народжен-

ня або в перший тиждень життя з подальшим інтенсивним ростом. Діагностували: 62 % випадків з ураженням частини лицевого сегменту, 23 % – одного сегменту, 15 % – кількох сегментів і у 12 % – у поєднанні з ураженням спини, кінцівок, печінки. Площа ІГ в 65 % випадках становила 5–20 см², у 35 % – понад за 20 см². У 54 % випадків ІГ на шкірі були у вигляді вузликів і багряних плям, у 42 % – супроводжувалися деформацією тканин із судинним малюнком, у 4 % – у вигляді розсипної судинної сітки, у 23 % випадків – виразкування ділянок ІГ.

Визначення кардіоваскулярного профілю: відкрите овальне вікно діагностовано у 35 % дітей, коарктація аорти – у 8 % віком 12 міс і 3 років. ЧСС становила $138,5 \pm 4,46$ уд/хв, АТ – систолічний $103,3 \pm 2,450$ мм рт. ст., діастолічний – $62,2 \pm 4,186$ мм рт. ст. Поодинокі випадки синоатріальної блокади II ступеня I типу були зареєстровані в 42% випадків. Порушення з боку центральної нервової системи спостерігали у вигляді проявів судомного синдрому у 8% випадків, головний біль – у 12%, зміни судин і структури головного мозку – у 8% випадків.

Висновки. Дві третини матерів дітей з ІГ мали ускладнений анамнез вагітності. Захворювання серцево-судинної системи діагностовано у 43 %, порушення з боку центральної нервової системи – у 20 % дітей з ІГ ЩЛД. ІГ у 2/3 дітей займала частину лицевого сегмента площею від 5–20 см².

Література

1. Haggstrom AN, Lammer EJ, Schneider RA, Marcucio R, Frieden IJ Patterns of infantile hemangiomas: new clues to hemangioma pathogenesis and embryonic facial development. *Pediatrics*, 2006; 117(3):698–703.
2. Israel Fernandez-Pineda, Regan Williams, Lucia Ortega-Laureano, Ryan Jones Cardiovascular drugs in the treatment of infantile Hemangioma. *World J Cardiol.*, 2016; 8(1): 74–80.
3. Michelle L. Bayer, Peter C. Frommelt, Francine Blei, Johannes M.P.J. Breur, Maria R. Cordisco, Ilona J. Frieden, et al. Congenital Cardiac, Aortic Arch, and Vascular Bed Anomalies in PHACE Syndrome (From The International PHACE Syndrome Registry). *Am J Cardiol.*, 2013; 112(12): 1948–1952.
4. Heyer G.L. PHACE(S) syndrome. In: Islam M.P., Roach E.S. eds. *Handbook of Clinical Neurology*, 1rd ed. Vol. 132 (series) Neurocutaneous Syndromes. Elsevier, 2015;132:169–83.

ВИБІР УМОВ ПРОВЕДЕННЯ САНАЦІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ ТА ТЕМПЕРАМЕНТУ

Коваль О.І.¹, Коваль П.Б.²

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра дитячої терапевтичної стоматології та
профілактики стоматологічних захворювань

² СМЦ Національного медичного університету імені О.О. Богомольця,
відділення анестезіології
м. Київ, Україна

Зважаючи на високу інтенсивність та поширеність карієсу серед дитячого населення, санація порожнини рота в цих дітей є складним завданням у контексті збереження психологічної рівноваги на стоматологічному прийомі, що своєю чергою зумовлює необґрунтоване розширення показань до стоматологічного втручання в умовах загального знеболення (Смоляр Н.І. та співавт., 2006; Біденко Н.В., 2012; Солонько Г.М., 2012; Ковач І.В. та співавт., 2015, 2018; Хоменко Л.О., 2016; Годованець О.І., 2018; Burkhardt C.S. та Steiner L.A., 2012). Дитячому стоматологу необхідно знати психофізіологічні особливості дітей різного віку задля обґрунтованого вибору умов проведення санації порожнини рота, щоб віднайти індивідуальний підхід до дитини та сформуванати у неї позитивне ставлення до стоматологічного здоров'я в майбутньому.

Мета дослідження: визначити інтенсивність карієсу в дітей різного віку та темпераменту. За результатами проведеного лікування дати рекомендації щодо вибору умов проведення стоматологічної санації в дітей різного віку з урахуванням їхніх психолого-типологічних особливостей.

Матеріали і методи. Стоматологічне обстеження та лікування дітей було проведено на базі СМЦ НМУ імені О.О. Богомольця. Залежно від умов проведення санації порожнини рота було сформовано дві групи дітей – основну (138 осіб), у яку увійшли діти, санацію порожнини рота яким проводили під загальним знеболенням (1-а група); контрольну (274 особи) – діти, санацію порожнини рота яким проводили без загального знеболення (2-а група).

Дітей обох груп було розподілено на підгрупи залежно від їхніх психолого-типологічних особливостей (вік, вид темпераменту («лег-

кий», «складний», «довго розігрівається»), що їх встановлювали з використанням власно розробленої анкети. Розподіл дітей на групи за віком базувався на періодизації розвитку інтелекту за Ж. Піаже (2008). Темперамент дитини визначали за класифікацією S. Chess та A. Thomas (1977).

Вивчення та оцінювання поширеності та інтенсивності карієсу зубів проводили відповідно до рекомендацій Комітету експертів ВООЗ (2013).

Санацію порожнини рота у дітей 1-ї групи проводили згідно з алгоритмами, що характеризуються більш радикальними підходами до лікування карієсу та його ускладнень (Коваль О.І., 2020). Під час санації порожнини рота у дітей 2-ї групи застосовано стандартні методи лікування.

Результати дослідження. Більшість дітей, які потребували санації порожнини рота під загальним знеболенням, мали «складний» темперамент (44,92%), зокрема, у віці 3–7 років та 12–18 років (30,64%).

Інтенсивність карієсу зубів у дітей, що потребували санації порожнини рота в умовах загального знеболення, була вірогідно вищою порівняно з дітьми, яких лікували під час амбулаторного стоматологічного прийому, і становила $5,64 \pm 0,51$ (високий рівень інтенсивності карієсу) та $3,25 \pm 0,33$ (середній рівень інтенсивності карієсу) відповідно ($p \leq 0,01$). У дітей з «легким» темпераментом показники інтенсивності карієсу обох груп вірогідної різниці не мали: інтенсивність карієсу у пацієнтів 1-ї групи становила $3,9 \pm 0,33$, 2-ї – $2,67 \pm 0,23$. У дітей зі «складним» темпераментом та темпераментом «довго розігрівається» інтенсивність карієсу в 1-й групі була вірогідно вищою. Цей показник у дітей 1-ї групи становив $6,59 \pm 0,47$ та $6,42 \pm 0,74$, 2-ї групи – $3,45 \pm 0,34$ та $3,64 \pm 0,42$ відповідно ($p \leq 0,01$).

За результатами санації порожнини рота в різних умовах можна стверджувати, що застосування більш радикальних методів лікування в умовах загального знеболення дає змогу зменшити ризик виникнення ускладнень на 27,04% (у разі «легкого» темпераменту – 19,91%, «складного» – 32,9%, темпераменту «довго розігрівається» – 27,92%). У дітей віком до 3 років – на 31,14% (у разі «легкого» темпераменту – 32,06%, «складного» – 42,78%, темпераменту «довго розігрівається» – 24,72%); віком 3–7 років – на 19,47% (у разі «легкого» темпераменту – 15,27%, «складного» – 20%, темпераменту «довго розігрівається» – 25,21%); у дітей віком 7–12 років – на 36,98% (у разі «легкого» тем-

пераменту – 22,34%, «складного» – 44,84%, темпераменту «довго розігрівається» – 42,8%); віком 12–18 років – на 21,88% (у разі «легкого» темпераменту – 20,96%, «складного» – 26,68%, темпераменту «довго розігрівається» – 29,35%).

Висновки. З урахуванням психолого-типологічних особливостей показаннями до проведення санації порожнини рота в умовах загального знеболення є діти віком до 3 років незалежно від виду темпераменту; діти віком 3–7 та 7–12 років зі «складним» темпераментом і з темпераментом «довго розігрівається» та діти віком 12–18 років зі «складним» темпераментом.

ПРОЯВИ ЕНТЕРОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ПОРОЖНИНІ РОТА У ДІТЕЙ

Корнієнко Л.В., Трубка І.О.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
кафедра стоматології дитячого віку
м. Київ, Україна

Останніми роками спостерігається тенденція до збільшення кількості захворювань слизової оболонки порожнини рота, етіологічно зумовлених вірусами. Досі в стоматологічній практиці діагностика і лікування вірусних уражень порожнини рота являли собою певні труднощі, оскільки різноманітність проявів нерідко має однотипну клінічну картину, а морфологічні та функціональні особливості слизової оболонки порожнини рота (СОПР) у дітей у різні вікові періоди часом ускладнюють своєчасну діагностику патологічного процесу. Диференціальну діагностику ускладнює висока поширеність у дитячому віці таких інфекційних захворювань, як кір, краснуха, вітряна віспа тощо. Тому необхідно проводити ретельний аналіз скарг, даних анамнезу, об'єктивного обстеження та допоміжних методів, адже від правильно поставленого діагнозу залежить успіх лікування.

Одним із захворювань, яке може викликати діагностичні труднощі в практикуючого лікаря є ентеровірусна інфекція. Клінічний поліморфізм цього захворювання призводить до того, що хворі потрапляють у поле зору лікарів різних спеціальностей, у тому числі і стоматологів, а діагноз часто носить топічний характер [4–6]. Зростання показника захворюваності на ентеровірусну інфекцію, у тому числі на вірус

Коксакі, в Україні спостерігається вже протягом останніх 5–7 років, особливо в літній період. Цікаво, що раніше ентеровірусна інфекція вважалася переважно дитячою хворобою, проте останніми роками спостерігається зростання показника захворюваності серед дорослих, доволі часто хворіють усі члени сім'ї, заражаючи один одного [3, 5].

Ентеровірусна інфекція – група гострих захворювань, що викликаються вірусами Коксакі і ЕСНО, які характеризуються різноманітним клінічним проявом. Рід *Enterovirus* містить понад 100 небезпечних для людини вірусів, які мають високу поширеність та високу стійкість до впливу фізико-хімічних чинників [1, 2].

Основний шлях передачі ентеровірусів – фекально-оральний (хвороба брудних рук), проте спостерігається і повітряно-крапельний шлях передачі захворювання. Прояви хвороби характеризуються респіраторними порушеннями. Існують також водний і контактно-побутовий шляхи передачі. Нерідко трапляються групові спалахи в дошкільних дитячих закладах і школах у дітей 3–10 років переважно з фекально-оральним механізмом передачі в теплі періоди року – навесні, влітку, восени. Описано вертикальний шлях передачі вірусів – від матері до плода [2, 6].

Значну частину всіх проявів ентеровірусної інфекції становить респіраторна катаральна форма з ринітом, рідкісним сухим кашлем, закладеністю носа, почервонінням горла і неважкими порушеннями травлення, що клінічно визначається як герпетична ангіна.

Уперше термін «герпетична ангіна» увів у клінічну практику Zagorsky (1920, 1924), ґрунтуючись на клінічних ознаках хвороби, схожих із герпетичними ураженнями: дрібні везикули, що локалізуються в ділянці м'якого піднебіння і передніх дужок. Інкубаційний період триває 2–10 днів. Початок захворювання гострий: підвищення температури тіла до 39–40 °С, яка тримається від 1 до 5 днів. Діти скаржаться на головний біль, запаморочення, слабкість, поганий апетит, порушення сну, м'язовий біль, біль у животі та під час рухів очних яблук). Часто відзначається блювання. Характерними є гіперемія шкірних покривів верхньої половини тулуба, обличчя і шиї, ін'єкція судин склер. У перший день хвороби на твердому піднебінні, язичку і піднебінних дужках з'являються червоні папули в кількості 12–15 на тлі помірно гіперемованої слизової оболонки. Відмічається болючість під час ковтання. Папули доволі швидко перетворюються на дрібні розміром 1–2 мм везикули, які не зливаються між собою і через 1–2

дні розкриваються та трансформуються на поверхневі ерозії, вкриті сіровоато-білим фібриновим нальотом. У перебігу захворювання у деяких хворих можуть з'являтися нові висипання, що супроводжуються підвищенням температури тіла і погіршенням загального стану. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, дещо болісні. Період регенерації елементів ураження досить тривалий, іноді до 10–15 днів. Доволі часто герпангіна супроводжується ентеровірусною екзантемою або бостонською лихоманкою. З 2-го дня захворювання, інколи з 1-го, на обличчі, кінцівках, тілі зараженої людини з'являється рожеве висипання плямисто-папульозного характеру, часом з геморагічним компонентом. Зазвичай через 2 дні висипання зникають не залишаючи слідів. Після завершення ентеровірусної екзантеми залишається крупнопластинчасте лущення [2, 8].

Диференційну діагностику необхідно проводити з гострим герпетичним стоматитом, хронічним рецидивним герпетичним стоматитом, кором, інфекційним мононуклеозом, ураженнями СОПР при ГРВІ.

На сьогодні існує кілька методів лабораторної діагностики ентеровірусної інфекції. Серологічні методи полягають у визначенні ранніх маркерів – IgA та IgM, які визначають свіжий антигенний стимул, згодом – IgG, що зберігаються в крові людини, яка перехворіла, кілька років або все життя. Для діагностики ентеровірусної інфекції вважається значущим наростання титру антитіл у понад 4 рази, що визначається за допомогою РГГА і РСК. Також застосовують високоспецифічний і чутливий тест ПЛР зі стадією зворотної транскрипції. Загальний аналіз крові зазвичай демонструє нормальні або незначно підвищені показники ШОЕ та лейкоцитів, рідше лейкоцитоз, нейтрофілоз, який надалі змінюється на еозинофілію і лімфоцитоз [7, 10].

На цей час стандартних схем терапії ентеровірусної інфекції не розроблено і, незважаючи на успіхи у створенні противірусних лікарських засобів, етіотропна терапія ентеровірусної інфекції відсутня. Важливо те, що при перших ознаках захворювання потрібно звернутися по кваліфіковану медичну допомогу і ні в якому разі не займатися самолікуванням, оскільки існує небезпека розвитку важких форм хвороби, особливо у дітей раннього віку.

Висновки. Захворювання, спричинені ентеровірусами, вирізняються вираженим поліморфізмом: від повної відсутності клінічних симптомів до високої лихоманки з повторними підвищеннями тем-

ператури тіла, ураженням шкіри та слизових оболонок порожнини рота. Зважаючи на це, клінічна діагностика часом надто утруднена, для встановлення діагнозу необхідний комплексний підхід: ретельний збір анамнезу з урахуванням епідеміологічної ситуації, клінічні та лабораторні методи діагностики.

Література

1. Демина А. В. и др. Энтеровирусы. Часть 2. Энтеровирусные инфекции: Многообразие клинических проявлений // Бюллетень СО РАМН, 2009; 6 (140): 116–125.
2. Демина А. В., Маркович Н. А., Нетесов С. В. Энтеровирусы. Часть 1. История открытия, таксономия, строение генома, эпидемиология // Бюллетень СО РАМН, 2008; 1 (129): 92–100.
3. Доан С. И., Малыш Н. Г. Проблемные вопросы эпидемиологического надзора за энтеровирусными неполиомиелитными инфекциями в Украине // Оригинальные исследования, 2018. – 16(1): 18–22.
4. Сейбиль В. Б., Малышкина Л. П. Всемирная организация здравоохранения и проблема ликвидации инфекционных заболеваний в мире // Вопросы вирусологии, 2005; 50: 3.
5. Шостакович-Корецкая Л. Р., Будаева И. В. Энтеровирусная инфекция: Hand-Foot-and-Mouth Disease (HFMD) в Украине // Клиническая инфектология и паразитология, 2017. – elibrary.ru
6. Энтеровирусные заболевания: клиника, лабораторная диагностика, эпидемиология, профилактика // Методические указания (МУ 3.1.1.2130-06). Москва, 2006.
7. Ang L. W., Koh B. K., Chan K. P. et al. Epidemiology and control of hand, foot and mouth disease in Singapore, 2001–2007. Ann. Acad. Med. Singapore, 2009; 38 (2): 106–112.
8. Mori M., Takagi K., Kuwabara S. et al. Guillain-Barre syndrome following hand-foot-and-mouth disease. Intern. Med., 2000; 39 (6).
9. Osterback R., Vuorinen T., Linna M. et al. Coxsackievirus A6 and hand, foot and mouth disease, Finland. Emerg. Infect. Dis., 2009; 15 (9): 1485–1488.
10. Yamashita T., Ito M., Taniguchi A., Sakae K. Prevalence of coxsackievirus A5, A6, and A10 in patients with herpangina in aichi prefecture. J. Infect. Dis., 2005; 58: 390–391.

PREVALENCE OF GINGIVITIS AMONG CHILDREN AND ADOLESCENT IN BREST REGION

Krautsova-Kukhmar N.G., Shakavets N.V.

Belarusian State Medical University, Department of pediatric dentistry
Minsk, Belarus

Epidemiological studies indicate that in children and adolescents the most often observed gingivitis is dental plaque-induced gingivitis, which is a reversible and nondestructive form of periodontal disease. Poor oral

hygiene and the accumulation of bacterial plaque is a known and important predisposing factor of gingivitis [1].

Gingivitis is due to the long-term effects of plaque deposits on the teeth, which is composed of bacteria, located on the surfaces of the teeth and in the gingival sulcus. If plaque is not prevented or removed, it turns into a hard deposit called tartar (or calculus) that becomes trapped at the base of the tooth. Plaque and calculus irritate and produce gingival swelling. Bacteria and the toxins produce infection and more swelling gingiva [2].

According to epidemiological studies, the prevalence of this pathology at the age of 15 is 83–100%. In the Republic of Belarus, the study of the prevalence and intensity of gingivitis has not been carried out for more than 10 years [3].

The purpose of the present study is to analyze the prevalence and distribution of gingivitis in children and adolescents in Brest region of Belarus.

Methods. Gingival data from 360 children, 180 children in each of the following age groups, 12 and 15 years from urban (60 boys and 60 girls) and rural (30 boys and 30 girls) areas, constituted the material. All data were analyzed using the Statistica 10.0 software suite.

Results. The prevalence of gingivitis was 63% in 12-year-olds and 66% in 15-years-olds. The lowest prevalence (56%) indicated in urban adolescents of 12 years and the highest (78%) in rural 15-year-olds ($p < 0.01$).

The mean GI was 0.78 (0.68) in urban 12-year-olds and 1.01 (0.72) in rural children ($p = 0.001$). The mean GI was 0.74(0.61) in urban 15-year-olds and 0.98 (0.69) in rural adolescents ($p = 0.01$). Mild gingival inflammation was diagnosed in 60% and 64% children living in cities. The moderate inflammation of gingiva had 51% of 12-year-olds and 38% of 15-year-olds in rural area. The mean PLI was 0.97 and 0.74 accordingly in urban children and 1.09 and 0.97 in rural adolescents.

The prevalence of gingivitis was significantly lower among girls ($p < 0.01$). The mean GI was 0.69 (0.67) among 12-year-olds girls and 0.99 (0.72) among boys ($p = 0.004$). The mean GI was 0.56 (0.56) among 15-year-olds girls and 1.08 (0.76) among boys ($p = 0.001$). Mild gingival inflammation was diagnosed in 70% of 12-year-olds and 66% of 15-year-olds girls. The moderate inflammation of gingiva had 58% of 12-year-olds and 50% of 15-year-olds boys. The mean PLI was 0.80 (0.77) and 0.59 (0.61) accordingly among girls and 1.24 (0.88) and 1.08 (0.79) among boys ($p_1 = 0.001$ $p_2 = 0.002$).

Conclusion. The prevalence of gingivitis was higher in children of 15 years than of 12 years old and in rural area. The intensity of gingival inflammation was higher in boys and correlated with bad oral hygiene.

References

1. Pawlaczyk-Kamieńska T., The relationship between oral hygiene level and gingivitis in children // T. Pawlaczyk-Kamieńska, N. Torlińska-Walkowiak, M. Borysewicz-Lewicka /Adv Clin Exp Med. 2018;27(10):1397–1401
2. Díaz Sánchez R.M. A Prospective, Double-Blind, Randomized, Controlled Clinical Trial in the Gingivitis Prevention with an Oligomeric Proanthocyanidin Nutritional Supplement // R.M. Díaz Sánchez, G. Castillo-Dalí, A. Fernández-Olavarria, R. Mosquera-Pérez, J. M. Delgado-Muñoz, J. L. Gutiérrez-Pérez, D. Torres-Lagares /Mediators of Inflammation. Volume 2017, Article ID 7460780, 7 pages <https://doi.org/10.1155/2017/7460780>
3. Кравцова-Кухмар Н.Г. Заболеваемость маргинального периодонта у детей Гомельской области. / Н.Г. Кравцова-Кухмар // Инновационные технологии в практической стоматологии: сборник материалов. – Минск: БелМАПО, 2020. – С. 103–104.

СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ ФОРМАМИ ЛЕЙКЕМІЇ

Легенчук О.В., Опанасенко О.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
м. Київ, Україна

Численні дослідження, що проводились вітчизняними вченими, підтверджують високий рівень поширеності основних стоматологічних захворювань серед дитячого населення України. Особливо це актуально у дітей з онкогематологічною патологією. Серед нозологій цієї групи є гостра лейкемія – одне з поширеніших захворювань кровотворної тканини, що виникають у дитячому віці. Останніми роками кількість дітей хворих на гострі форми лейкемії в Україні зросла від 2,5 до 4,1 випадка на 100 тис. дитячого населення [3]. Застосування високих доз цитостатичних препаратів призводить не тільки до уражень слизової оболонки порожнини рота, на що вказують численні дослідження, а й до ураження твердих тканин зубів [1, 2, 4, 5].

Мета роботи: вивчення показників інтенсивності карієсу тимчасових та постійних зубів у дітей з гострими формами лейкемії на різних етапах лікування основного захворювання.

Методи дослідження. Нами клінічно обстежено 98 дітей віком від 2 до 18 років з гострими формами лейкемії, які знаходились на лікуванні у відділенні дитячої онкогематології Київського обласного онкологічного диспансеру. Обстежених дітей було розподілено на групи: 1-а група – 61 дитина з гострою лімфобластною лейкемією (ГЛЛ), 2-а – 37 дітей з гострою мієлобластною лейкемією (ГМЛ). У групу контролю увійшли 63 практично здорові дитини. Проведено аналіз структури складових елементів показників інтенсивності карієсу тимчасових зубів (кп) у дітей віком 2–6 років та постійних зубів (КПВ) – у дітей віком 6–18 років.

Результати дослідження. Під час визначення інтенсивності карієсу в дітей з гострою лімфобластною лейкемією тимчасових та постійних зубів виявлено, що в групі дітей віком від 2 до 6 років кп становило 6,64 ураженого зуба на одну дитину. У групі дітей віком від 6 до 18 років інтенсивність карієсу зубів (КПВ) становило 5,34 зуба. У дітей віком від 2 до 6 років із гострою лімфобластною лейкемією елемент «к» складав 75,30 % порівняно з дітьми контрольної групи, у яких елемент «к» становив 45,28 %. У дітей віком від 2 до 6 років елемент «п» складав – 24,6%, контрольної групи – значно вищий – дорівнював 54,92 %. У дітей віком 6–18 років елемент «К» становив 53,13 %, контрольної групи – 11,06 %. Елемент «П» становив 44,24 %, у дітей контрольної групи – 85,9 %. Елемент «В» у дітей основної групи становив 2,63 %.

Також вивчали структуру складових елементів показників інтенсивності карієсу зубів (кп та КПВ) у дітей з гострою мієлобластною лейкемією порівняно з групою практично здорових дітей того ж віку. Під час вивчення інтенсивності карієсу в дітей з гострою мієлобластною лейкемією тимчасових та постійних зубів було визначено, що в групі дітей віком від 2 до 6 років кп становило 6,25 ураженого зуба на одну дитину. У групі дітей віком від 6 до 18 років інтенсивність карієсу зубів (КПВ) становила 5,53 зуба. Таким чином, інтенсивність карієсу в дітей із гострою мієлобластною лейкемією згідно з критеріями ВООЗ в усіх вікових групах була високою.

Виявлено, що в дітей віком від 2 до 6 років із гострою мієлобластною лейкемією елемент «к» становив 80,64 %, порівняно з контрольною групою дітей, де елемент «к» становив 45,28 %. Елемент «п» у дітей віком 2–6 років становив 19,36 %, а в групі контролю був значно вищим і становив 54,92 %. Аналіз структури складових елементів КПВ зубів у дітей віком від 6 до 18 років свідчить, що елемент «К» основної

групи становив 41,5%, а контрольної – 11,06 %. Елемент «П» – 57,8 %, у групі контролю – 85,94 %. Елемент «В» у дітей основної групи становив 0,6 %.

Висновки. Результати досліджень показали, що у дітей з гострими формами лейкемії встановлено високу інтенсивність карієсу тимчасових і постійних зубів. Отримані результати спонукають до подальшого вивчення особливостей перебігу карієсу зубів у дітей з гострими формами лейкемії.

Література

1. Каськова Л.Ф., І.Ю. Ващенко., Андріянова О.Ю. Ураженість зубів карієсом у дітей з лейкемією // Профілактична та дитяча стоматологія, 2016. – №2. – (15). – С. 32–36.
2. Каськова Л.Ф., І.Ю. Ващенко., Янко Н.В. Поширеність та інтенсивність каріозного процесу в дітей, хворих на лімфогранулематоз, обстежених у різні періоди перебігу основної хвороби // Український стоматологічний альманах, 2015. – №3. – С. 42–46.
3. Клітинська О.В. Аналіз проявів лейкозів у порожнині рота в дітей та підлітків // Україна. Здоров'я нації, 2016. – №4. – (40). – С. 28–31.
4. Попруженко Т.В. Стоматологическая помощь детям с острым лимфобластным лейкозом в амбулаторных условиях на этапах диагностики заболевания, планирования противоопухолевой терапии и после ее завершения // Современная стоматология, 2018. – №2. – С. 51–57.
5. Шабалов Н.П. Детские болезни. Том 1. 8-е издание, 2017. – С. 880.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІДНОВЛЕННЯ ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ РЕСТАВРАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ

Лютіков О.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
м. Київ, Україна

Висока поширеність та інтенсивність карієсу тимчасових зубів у дітей України і світу потребує впровадження ефективних, естетичних та довговічних методів лікування. Упродовж кількох десятиріч стандартні сталеві коронки слугували «золотим стандартом» для відновлення тимчасових молярів під час лікування карієсу у дітей з високим ризиком розвитку карієсу та після ендодонтичного лікування. Проте

сучасні реставраційні матеріали можуть бути чудовою альтернативою відновлення тимчасових молярів.

Мета дослідження: визначити клінічну ефективність реставрацій тимчасових молярів із застосуванням різних пломбувальних матеріалів та оцінити асоційовані чинники невдач.

Матеріали і методи. Проведено лікування 437 тимчасових молярів у 84 дітей віком 4-8 років. Усі зуби було розподілено на 2 групи: 1-а група – лікування карієсу дентину ($n = 214$); 2-а група – постендодонтичне відновлення ($n = 223$). Матеріали для лікування поділено на 4 підгрупи: 1-а – склоіономерний цемент (СІЦ); 2-а – композитний матеріал (КЗ) з 2-етапною адгезивною системою (АС) з попереднім протравлюванням дентину; 3 - композитний матеріал із самопротравлювальною адгезивною системою; 4 - компомер (КМ) із самопротравлювальною адгезивною системою. Клінічне оцінювання якості реставрацій проводили через 3, 6, 12, 18 та 24 міс із застосуванням критеріїв USPHS та FDI. Виживаність реставрацій оцінювали шляхом побудови кривих виживаності Каплан-Майєра. Щоб оцінити вплив різних чинників та їх значущість для довговічності реставрацій тимчасових молярів, вибудували регресійну модель пропорційних ризиків Кокса з визначенням відношення ризиків (ВР) та довірчого інтервалу (ДІ) ($p < 0,05$).

Результати дослідження. Через 24 міс було оцінено 312 (71,4%) реставрацій. У 1-й групі зубів клінічна ефективність лікування становила 68,1 % для СІЦ, 89,9 % – для композитного матеріалу та АС з попереднім протравлюванням дентину, 77,5 та 75 % – для композиту і компомеру із самопротравлювальною адгезивною системою відповідно. Визначали статистично значущу відмінність у ефективності лікування між СІЦ та полімерними матеріалами ($p < 0,05$); КЗ з АС із попереднім протравлюванням дентину та КЗ/КМ з самопротравлювальною адгезивною системою ($p < 0,05$).

У 2-й групі зубів клінічна ефективність становила 73 % для СІЦ, 88,0 % – для композиційного матеріалу та АС із попереднім протравлюванням дентину, 84,4 та 81,8 % – для композиту та компомеру із самопротравлювальною АС відповідно. Відсоток щорічних невдач (annual failure rate) був найвищим для СІЦ та становив 19,19, найнижчим – для композитного матеріалу та АС із попереднім протравлюванням дентину – 5,5; для композитного матеріалу та компомеру із самопротравлювальною АС він становив 10,24 та 11,42 відповідно.

Головними чинниками, що впливали на успішність реставрацій тимчасових молярів, були: ризик розвитку карієсу – у дітей з високим ризиком розвитку карієсу вірогідність ускладнень зростає у 3,3 разу порівняно з дітьми з низьким ризиком розвитку карієсу ($BP=3,337$; ДІ 95 % 1,307–8,520; $p = 0,012$); локалізація каріозної порожнини на апроксимальній поверхні підвищує ризик розвитку ускладнень у 2,9 разу відносно порожнин I класу ($BP=2,951$; ДІ 95 % 1,444–6,033; $p = 0,003$); спосіб ізоляції робочого поля – застосування кофердаму може зменшувати ризик розвитку ускладнень на 60,1 % ($BP=0,399$; ДІ 95 % 0,207–0,771; $p=0,006$) порівняно з ізоляцією котоновими валиками; реставраційний протокол – у разі використання композитних матеріалів з адгезивною системою з попереднім протравлюванням дентину спостерігали зменшення ризику розвитку ускладнень порівняно з відновленням традиційним СІЦ на 64,3 % ($BP = 0,357$; ДІ 95 % 0,169–0,754; $p = 0,007$). При цьому такі чинники, як вік, рівень гігієни порожнини рота, положення зуба і тип проведеного лікування не мали значного впливу на ризики виникнення невдач реставраційного лікування ($p > 0,05$).

Висновки. Низка таких чинників, як ризик розвитку карієсу, локалізація каріозної порожнини, спосіб ізоляції робочого поля та реставраційний протокол, мають суттєве значення у виживаності реставрацій тимчасових молярів. Застосування композитних матеріалів з 2 етапними адгезивними системами та ефективні схеми контролю ризику розвитку карієсу забезпечують зменшення частоти невдач під час відновлення тимчасових молярів.

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ТА ПАТОЛОГІЧНИХ ФОРМ ПРИКУСУ, ПОВ'ЯЗАНИХ З РОСТОМ ТА РОЗВИТКОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

**Масна-Чала О.З., Чайковська С.Ю., Масна З.З., Адамович О.О.,
Пальтов Є.В., Рудницька Х.І., Челпанова І.В.**

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

Незважаючи на численні профілактичні заходи, показник стоматологічної захворюваності серед дитячого та підліткового населення України залишається високим [1]. При цьому значне місце серед

усіх стоматологічних захворювань займають зубощелепні аномалії. Значний відсоток аномалій прикусу пов'язаний з ростом та розвитком нижньої щелепи. Результати клінічних та ретроспективних досліджень свідчать, що надмірний її розвиток найчастіше зумовлений спадковим чинником, а недостатній може бути за різних причин: ротове дихання, травми, неправильне харчування, шкідливі звички тощо [2–4].

Мета дослідження: з'ясування частоти фізіологічних та патологічних форм прикусу у дітей та підлітків і причин розвитку патологічних форм прикусу, пов'язаних з ростом та розвитком нижньої щелепи.

Матеріали і методи. Для з'ясування частоти випадків фізіологічного формування щелепно-лицевої ділянки та патологій прикусу, зумовлених ростом і розвитком нижньої щелепи, нами оглянуто 600 дітей та підлітків – учнів шкіл м. Львова, у тому числі 290 хлопчиків та 310 дівчаток. У всіх обстежуваних визначали вид прикусу, проводили огляд ротової порожнини і зубних рядів, визначали форму голови, стан шийного відділу хребта, переважання ротового чи носового дихання, наявність травм щелепно-лицевої ділянки та спадкового чинника в разі порушення росту нижньої щелепи. В анамнезі обстежуваних не було хронічних патологій, що вплинули б на стан кісткової системи, та процесів росту.

Результати дослідження. У процесі обстеження встановлено, що різні види фізіологічного прикусу виявлено у 86% загальної кількості всіх обстежуваних (516 осіб, у тому числі 243 хлопчиків та 273 дівчини), патологічні види – у 14 % загальної кількості обстежуваних (84 особи, з яких 37 дівчаток і 47 хлопчиків). Серед усіх обстежуваних з патологічними формами прикусу патологічну прогенію виявлено у 18 осіб (6 дівчаток та 12 хлопчиків), патологічну прогнатію – у 24 осіб (13 дівчаток та 11 хлопчиків).

Наявність аномалій прикусу не залежить від статі пацієнта, різні типи аномалій трапляються з однаковою частотою в осіб як жіночої, так і чоловічої статі, але патологічні форми прикусу, пов'язані з розвитком нижньої щелепи, найчастіше трапляються в доліхоцефалів, найрідше – у брахіцефалів – серед 6 дівчаток з патологічною прогенією було 4 доліхоцефалів та 2 мезоцефала, а серед 12 хлопчиків з такою ж самою патологічною формою прикусу – 8 доліхоцефалів, 3 ме-

зоцефали та 1 брахіцефал; серед 13 дівчаток з патологічною прогнацією було 6 доліхоцефалів, 3 мезоцефали та 4 брахіцефали, а серед 11 хлопчиків – 3 доліхоцефали, 5 мезоцефалів та 3 брахіцефали.

З'ясовано, що порушення розвитку щелепно-лицевої ділянки, зокрема, нижньої щелепи часто поєднується з вертебологічною патологією шийного відділу (16,7% прогнатій, 22,2% прогеній), а також із захворюваннями верхніх дихальних шляхів та приносних пазух (44% прогнатій). Серед усіх осіб із порушеним розвитком нижньої щелепи лише 12,5% прогнатій та 55,6% прогеній спостерігали в осіб, у яких це порушення зумовлено виключно спадковим чинником або травмою.

Висновки. Частота патологічних форм прикусу серед дітей та підлітків м. Львова становить 14%, половина з яких зумовлені порушеннями росту та розвитку нижньої щелепи. Патологічні форми прикусу, пов'язані з розвитком нижньої щелепи, найчастіше трапляються в доліхоцефалів, найрідше – у брахіцефалів. Порушення росту та розвитку нижньої щелепи часто поєднуються з вертебологічною патологією шийного відділу, захворюваннями верхніх дихальних шляхів та приносних пазух, травмами або зумовлені спадковим чинником.

Література

1. Янчук А.О., Скиба В.Я., Катеринчук І.П., Кузніченко С.О., Скиба О.В. Епідеміологічні дослідження та моніторинг стоматологічної захворюваності у дітей України. – Світ медицини та біології, 2019; 2 (68): 154–158
2. Ахмад Салех Халяф Салама. Оцінка стоматологічного статусу у дітей із патологією зубо-щелепової системи і міофункціональними порушеннями на тлі вивчення функціональної системи дихання // Вісник стоматології, 2017;4: 40–43.
3. Дрогомирецька МС, Ахмад Салех Халяф Салама. Морфофункціональна оцінка опорно-рухового апарату у дітей із міофункціональними порушеннями зубощелепної системи // Вісник стоматології, 2016;3 (96): 50–55.
4. Ahmad Salama, Drogomyretska M. A glance about the applications of robot in orthodontics // International Journal of Innovation and Scientific Research, 2016; 22(1):178–182.

ЛОГОТЕЙПУВАННЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ЗМІНАМИ ТКАНИН ЯЗИКА

Мельник А.О.¹, Яковенко А.О.²

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології

² Центральне консультативно-діагностичне відділення ДКЛ № 7
м. Київ, Україна

Діти з новоутвореннями тканин язика, особливо судинного характеру потребують комплексного лікування [1]. Після хірургічного втручання на тканинах збільшеного язика для нормального мовленнєвого розвитку (особливо звуковимови) необхідно провести лікувально-реабілітаційні заходи. Вони передбачають корекцію зубощелепних деформацій, відновлення кінестетичного та кінетичного орального праксисів язика, які забезпечують точність виконання та формування правильного артикуляційного укладу для вимови звуків. Останнім часом для відновлення функції м'язів язика усе більшої популярності в логопедичній практиці набуває логотейпування [2] як один з видів інноваційних логотехнологій.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування дітей із захворюваннями тканин язика.

Матеріали та методи. Логопедичне обстеження 11 дітей віком від 6 міс до 4 років із судинними новоутвореннями язика після хірургічного втручання проводилося згідно з розробленою логопедичною картою обстеження пацієнта (свідоцтво про реєстрацію авторського права № 98843 від 11.09.2020 р.) [3]. Для перевірки стану м'язів та ефективності застосування логотейпування у післяопераційний період використовували спрощену функціональну пробу мобільності язика та визначали його тонус. Також проводили бесіди з батьками та дистанційне спостереження за результатами логопедичної корекції

Результати дослідження. Встановлено, що використання методу тейпування в поєднанні з пасивною орофасіальною міофункціональною гімнастикою підвищило ефективність логопедичної корекції у 9 (81%) дітей, унаслідок чого досягнуто середнього рівня мобільності язика та його тонусу. Діти виконали 50% вправ спрощеної функціональної проби самостійно, інші – з використанням зондозамінників. У логотейпуванні використовували крестейпи типу А (1,5 x 3), що їх

прикріплювали у місцях виходів двочеревцевого м'яза та під'язикового нерва. Перед тейпуванням логопед масажував зону тейпування вібромасажером Z-vibe в поєднанні з ручним масажем. Після виконання аплікацій проводили точковий масаж для активізації крестейпів та орофаціальну міофункціональну гімнастику зондозамінниками, такими як стемпер, навігатор для рухів язика в горизонтальній та вертикальній площинах. Такий логопедичний інтенсив проводили курсом 10–15 сеансів, який повторювали через місяць. Щоб закріпити позитивний результат, до занять залучали батьків, яким були надані методичні рекомендації та комплекс артикуляційних вправ для домашнього відпрацювання поліпшення м'язової системи. На підставі результатів функціональної проби мобільності язика та стану його м'язів, які залишалися на низькому рівні, двох дітей (19%) було відправлено на повторний курс тейпування і логокорекції. Це зумовлено дифузним ураженням тканин язика та дна порожнини рота. Увесь курс логопедичної корекції супроводжувався активним ортодонтичним лікуванням із застосуванням різних видів ортодонтичних апаратів.

Висновки. Логотейпування в поєднанні з пасивною орофаціальною міофункціональною гімнастикою поліпшує м'язовий тонус артикуляційного апарату, що зменшує тиск тканин на нижню щелепу. Також цей вид логопедичної корекції сприяє формуванню кінетичного та кінестетичного орального праксисів і є підготовчим етапом для встановлення артикуляційних конструкцій та основою для звуковимови. Позитивний результат досягається шляхом довготривалої комплексної корекційної роботи за системою логопед–дитина–батьки–ортодонт.

Література

1. Мельник А.О., Кисельова Н.В. Зубощелепні аномалії у дітей із вродженими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки // Матеріали науково-практ. конференції з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід в ортодонтичному лікуванні», присвяченої 100-річчю УМСА та 30-річчю кафедри післядипломної освіти лікарів-ортодонтів, (Полтава, 12–13.11.2020 р.): тези доповідей. – С. 12.
2. Кисельов Д.А. Кинезотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии. – Москва: Питер, 2018. – 168 с.
3. Авторське право «Логопедична карта обстеження пацієнта із патологією язика та зубощелепними аномаліями» / Мельник А.О., Яковенко А.О.; Заявл. 10.07.20 № 100121; Дата реєстрації 11.08.20 № 98843.

ОЦІНЮВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Мельник В.С., Білищук Л.М., Зомбор К.В.

Ужгородський національний університет, кафедра дитячої стоматології
м. Ужгород, Україна

Вивчення епідеміології стоматологічних захворювань серед дитячого населення лежить в основі планування та організації стоматологічної допомоги дітям, виявлення потреби в профілактиці та лікуванні, а також дає змогу оцінити якісний рівень лікувальних і профілактичних заходів, порівняти стан захворюваності в різних регіонах.

Мета дослідження: визначити потреби дітей та підлітків Закарпатської області в профілактичній та лікувальній стоматологічній допомозі.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети в січні 2020 року проведено стоматологічне обстеження дитячого населення в містах Ужгород і Мукачеве та в чотирьох районах Закарпатської області. Стоматологічне обстеження дитячого населення проводили співробітники кафедри дитячої стоматології разом із студентами V курсу під час проходження ними виробничої практики. Стоматологічне обстеження проводили відповідно до рекомендацій ВООЗ у вікових групах 6, 12 і 15 років. Усього було обстежено 760 осіб з гендерним розподілом, які постійно проживають у даній місцевості. Результати клінічних спостережень фіксували в картах обстеження стану порожнини рота. У процесі стоматологічного обстеження вивчено поширеність та інтенсивність карієсу зубів, стан тканин пародонта та гігієни порожнини рота, визначено рівень надання стоматологічної допомоги дитячому населенню.

Результати дослідження. Встановлено, що в цілому по Закарпатській області $86,02 \pm 0,68\%$ дітей віком 6 років, $79,42 \pm 0,78\%$ віком 12 років і $91,63 \pm 0,67\%$ віком 15 років мають зуби, уражені карієсом. Поширеність карієсу зубів у 6 і 15-річних дітей оцінена як висока, а у 12-річних – як середня. Аналіз показників індивідуального ураження карієсом зубів показав, що кожна дитина віком 6 років має по $4,42 \pm 0,02$, віком 12 років – по $2,2 \pm 0,03$, віком 15 років – по $3,38 \pm 0,03$

каріозних зубів. Інтенсивність карієсу зубів за індексом КПВ + кп у дітей всіх вікових груп оцінена як середня. Середнє значення гігієнічного індексу РІІ у 6-річних дітей становило $1,00 \pm 0,02$, а гігієнічного індексу ОНІ-S у 12- і 15-річних школярів – $1,05 \pm 0,02$ і $0,96 \pm 0,02$ відповідно, що оцінено як задовільна гігієна порожнини рота. Стан тканин пародонта (індекс (КПІ) у підлітків 12 і 15 років становив $0,89 \pm 0,01$ і $0,85 \pm 0,01$ відповідно, що свідчить про наявність ризику виникнення захворювання. Аналізуючи рівень надання стоматологічної допомоги дитячому населенню в обстежених вікових групах, виявлено, що $43,54 \pm 0,84\%$ дітей віком 6 років надано стоматологічну допомогу в необхідному обсязі і цей показник оцінено як недостатній. У $73,2 \pm 0,75\%$ дитячого населення віком 12 років отримали необхідну кваліфіковану стоматологічну допомогу, і показник оцінено як задовільний. Рівень стоматологічної допомоги дитячому населенню віком 15 років становив $75,46 \pm 0,72\%$ і його оцінено як хороший.

Аналіз показників стоматологічної захворюваності в районах Закарпатської області показав, що найбільша ($86,7 \pm 1,46\%$) кількість дітей віком 6 років з каріозними ураженнями проживають у Берегівському районі, а найменша ($79,4 \pm 3,01\%$) – у Хустському. Серед 12-річних дітей поширеність карієсу зубів найвища ($74,0 \pm 1,33\%$) в Тячівському, а найнижча ($67,1 \pm 3,5\%$) – у Хустському районах. Показник індивідуального ураження зубів карієсом у дітей віком 6 років коливався від $2,65 \pm 0,21$ зуба в м. Мукачеве до $6,27 \pm 0,42$ зуба на одну дитину в Берегівському районі. Найменшу ($1,5 \pm 0,15$) кількість зубів, уражених карієсом, мали діти 12-річного віку, які проживають у м. Мукачеве, а найбільшу ($2,67 \pm 0,28$) – в Тячівському районі. Серед 15-річних підлітків Закарпатської області показник індивідуального ураження зубів карієсом коливався від $2,35 \pm 0,25$ зубів в м. Мукачеве до $4,06 \pm 0,38$ зуба в Рахівському районі. Стан тканин пародонта у дітей віком 12 років, які проживають у м. Ужгород, становив (КПІ = $1,01 \pm 0,18$), віком 15 років, які проживають у Берегівському районі (КПІ = $1,07 \pm 0,88$), що оцінено як легка форма захворювання, у решти обстежених дітей – як ризик виникнення захворювань тканин пародонта. Найкращі показники гігієнічного стану порожнини рота зареєстровано в 6-річних дітей, які проживають у Рахівському районі, і у 12- і 15-річних дітей, які проживають у Хустському районі.

Висновки.

1. Діти віком 6 і 15 років, які проживають у районах Закарпатської області, мають високу поширеність карієсу зубів, а діти віком 12 років – середню.
2. Інтенсивність карієсу зубів у дітей віком 6, 12 і 15 років оцінено як середня.
3. Гігієна порожнини рота в дітей всіх вікових груп задовільна. Стан тканин пародонта за індексом КПП у дітей віком 12 і 15 років оцінено як ризик виникнення захворювань.
4. Рівень надання стоматологічної допомоги (РСД) дітям віком 6 років оцінено як незадовільний, віком 12 років – задовільний, віком 15 років – хороший.
5. Завдання медичних працівників, окрім надання лікувальної допомоги, має полягати в регулярному санітарно-гігієнічному вихованні населення, перш за все дітей, для вироблення в них стійких навичок щодо догляду за порожниною рота.

ПІДВИЩЕННЯ МОТИВАЦІЇ ЩОДО ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ШЛЯХОМ НАОЧНОЇ ДЕМОНСТРАЦІЇ ГІГІЄНИЧНИХ ІНДЕКСІВ У ДІТЕЙ З НЕЗНІМНОЮ ОРТОДОНТИЧНОЮ АПАРАТУРОЮ

Немирович Ю.П.¹, Пономаренко В.С.²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань

² Стоматологічна клініка «Plombir Dental»
м. Київ, Україна

Останнім часом все більше пацієнтів приділяє увагу естетичному стоматологічному аспекту. Зокрема, діти середнього та старшого шкільного віку не бажають відрізнитися від своїх однолітків та мати зіпсовані зуби і патологію прикусу. Одним із доволі швидких, модних та сучасних методів ортодонтичного лікування є встановлення брекет-систем. Тому дитячий стоматолог-терапевт все частіше зустрічає на своєму прийомі пацієнтів з незнімною ортодонтичною апаратурою. Металеві, композитні, сапфірові чи керамічні елементи брекет-систем, фіксовані на емалі зубів, перешкоджають не тільки самоочищенню зуба, а ще й затримують залишки їжі, фіксують м'який

зубний наліт та утруднюють щоденний гігієнічний догляд за зубами. Навіть коштвна система сапфірових невидимих брекет-замків не обходиться без ортодонтичної металевої дуги, яка перешкоджає інтердентальній гігієні, зокрема, використанню флосів.

Співпраця ортодонта і дитячого стоматолога-терапевта має бути спрямована на нівелювання недоліків встановленої незнімної ортодонтичної апаратури. Перед початком лікувальних заходів дитячий стоматолог-терапевт зобов'язаний визначити стан гігієни порожнини рота. Для цього існує достатня кількість індексів гігієни. Проте деякі з них недостатньо показові для пацієнта, насамперед, для дітей та їхніх батьків. А це має важливе значення для формування мотивації щодо поліпшення гігієнічних навичок у дитини та залучення батьків до контролю цього процесу.

Мета роботи: підвищення мотивації щодо гігієни порожнини рота у дітей та підлітків шляхом використання та наочної демонстрації гігієнічних індексів.

Матеріали і методи. Обстежено 64 дитини віком від 12 до 17 років, які звернулися в Стоматологічний медичний центр Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на кафедрі дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань для невідкладної та планової терапевтичної допомоги. Усі діти та підлітки перебували в активній фазі ортодонтичного лікування і на момент обстеження їм було встановлено незнімну ортодонтичну апаратуру. Ці діти лікувалися в ортодонта за місцем проживання в приватних та районних клініках м. Києва.

Обстеження дітей та підлітків проводили за загальноприйнятою методикою. Для оцінювання гігієнічного стану порожнини рота використовували індекси гігієни, що визначали площу зубного нальоту та потребували використання барвника: ОНІ-S, API, O'Leary. Вибір гігієнічного індексу зумовлювало наявність чи відсутність закріплених на індексних зубах елементів незнімних ортодонтичних систем. Наочна візуалізація площі зубного нальоту за допомогою фарби відігравала позитивну роль у формуванні мотивації кращої гігієни для дітей, підлітків та їхніх батьків.

89 % усіх обстежених дітей мали патологію твердих тканин зубів. У 67 % дітей діагностовано патологію тканин пародонта у вигляді хронічного катарального гінгівіту. На момент першого обстеження у

62,5 % дітей під час визначення індексів гігієни виявлено незадовільну гігієну порожнини рота, у 27,5 % – задовільну і лише у 11 % дітей – хорошо.

Результати дослідження. Під час визначення гігієнічних індексів використовували двофазний барвник, який наочно демонстрував молоді та зрілі біоплівки на зубах. Це своєю чергою також слугувало мотиваційним чинником. Під час визначення індексу гігієни пацієнтові та його батькам наочно демонстрували зафарбований наліт і проводили підрахунок з конкретною цифрою та інтерпретуванням її. Після цього в кожній дитині проводили заплановані лікувально-профілактичні заходи. В обов'язковому порядку призначали індивідуально підібрані гігієнічні предмети та засоби для догляду за порожниною рота.

Під час другого чи подальших відвідувань усім дітям повторно визначали індекси гігієни. На повторному огляді порівняно з першим обстеженням вдвічі зменшилася кількість дітей з незадовільною гігієною порожнини рота (31 % та 62,5 % відповідно). У 1,5 разу збільшилася кількість пацієнтів із задовільною гігієною (40 %) порівняно з першим відвідуванням (26,5 %) та майже втричі збільшилася кількість обстежених з хорошою чи достатньою гігієною порівняно з першим обстеженням (11 % та 29 % відповідно). Позитивна динаміка поліпшення гігієнічного стану в цих обстежених була пов'язана з комплексом лікувально-профілактичних заходів, що їх було проведено цим пацієнтам і також зі збільшенням мотиваційного сприйняття необхідності та важливості підтримання гігієни порожнини рота на достатньому рівні за умов використання незнімної ортодонтичної апаратури.

Висновки. Візуалізація зубного нальоту за допомогою барвника та, як наслідок, заохочення і залучення в процес визначення та наочної демонстрації індексу гігієни з інтерпретацією показників безпосередньо дитині може бути рекомендовано як захід, який неодмінно поліпшує стан гігієни порожнини рота. Все це своєю чергою сприяє усуненню етіологічного чинника ризику розвитку основних стоматологічних захворювань.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ РАДИКУЛЯРНИХ ЗУБОВІСНИХ КІСТ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, УТВОРЕНИХ ВІД ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ

Ододюк В.В.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
м. Київ, Україна

Основними методами лікування кіст щелеп є цистотомія, цистектомія, декомпресія та марсунпіалізація. Особливого підходу щодо лікування потребують радикальні зубовмісні кісти, утворені від тимчасових зубів [1].

Мета дослідження: визначити структуру та методи лікування радикальних від тимчасових зубів зубовмісних кіст у дітей.

Матеріали і методи. За розробленою картою обстеження проведено ретроспективний аналіз 86 історій хвороб пацієнтів віком 4–11 років з радикальними від тимчасових зубів зубовмісними кістами нижньої щелепи, яких лікували на клінічній базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ім. О.О. Богомольця в період з 2016 по 2020 рік.

Результати дослідження. Ретроспективний аналіз історій хвороб показав, що середній вік пацієнтів з діагнозом «радикальна зубовмісна кіста» становив $8,96 \pm 0,149$ року. За гендерною приналежністю кількість хлопчиків дещо переважала 56 (65%), дівчатка – 30 (35%). Улюбленою локалізацією кісти була нижня щелепа – в 70 (81%) випадках, на верхній щелепі – 16 (19%). Причинними зубами найчастіше були 75 зуб у 27 (31%) випадків, 74 – в 5 (6%), одночасно 74,75 зуби в 10 (12%), 85 – у 17 (20%), 84 – у 3 (3%), одночасно 85,84 зуби – у 8 (9%). Основними методами лікування радикальних зубовмісних кіст нижньої щелепи були цистотомія в 55 (64%) випадках та цистектомія в 15 (17%) випадках. Оперативне втручання переважно здійснювали під ендотрахеальним наркозом. Цистектомію виконували у разі розмірів кісти, що не перевищувала $1,5 \text{ см}^2$, та дистопії зачатка постійного зуба, корені якого не були сформовані; знаходився він на дні кісти, зміщення його відмічалось в 2–3 площинах. Цистотомія з подальшою тампонадою йодоформним тампоном давала можливість зберегти фолікул постійного зуба, запобігти патологічному перелому

нижньої щелепи. Загалом терміни тампонади коливалися в межах 2–3 міс. Першу заміну тампона здійснювали на 5-у добу після оперативного втручання, наступну заміну проводили раз на тиждень аж до повного заповнення порожнини кісти. Після цього ортодонт контролює положення зачатка постійного зуба і в разі необхідності допомагає йому прорізатися.

Висновки. Радикулярні зубовмісні кісти, утворені від тимчасових зубів частіше локалізуються на нижній щелепі. Причинними зубами є тимчасові моляри. Основним видом лікування таких кіст є цистотомія з подальшою тампонадою йодоформним тампоном та паралельним супроводом ортодонтом.

Література

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія дитячого віку: підручник / Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Чехова І.Л.; за ред. Л.В. Харькова. – К.: ВСВ “Медицина”, 2015. – 496 С.

SYSTEMATIZATION OF STAINED DENTAL PLAQUE IN CHILDREN

Ostrianko V. I.¹, Yakubova I. I.², Buchinskaya T.O.², Volkova S.V.²

¹ Shupyk National Healthcare University of Ukraine

² Private Higher Educational establishment «Kyiv Medical University» Department of pediatric dentistry Kyiv Medical University
Kyiv, Ukraine

The dental plaque is a structurally and functionally organized biofilm, attached to the hard surface of the tooth. It is composed of polymers of bacterial origin and coated with a matrix [1]. Deposits on teeth may differ in color and degree of cariogenicity. Their prevalence rate is up to 18%. The review of relevant literature revealed a lack of classification of stained plaque in children. In this paper the systematization of stained plaque is proposed.

The aim of our study was to systematize stained dental plaques.

Materials and methods. The literature review and two own researches, involving 124 children from 6 to 15 years and 408 children from 6 to 17 years, resulted in the proposed systematization of stained plaques, based

on plaque color, its localization, degree of cariogenicity and classes of associated diseases (according to the international classification of diseases, 10th revision – ICD 10).

Results. Colored dental plaque was found in 64 children from 6 to 17 years old [2]. It is systematized according to its color (black, brown, green, orange, blue), its localization on the tooth surface, the degree of cariogenicity (high, low) and the class of associated diseases (according to ICD 10).

Conclusions. At present, the correlation between stained dental plaque formation and associated diseases, diet characteristics, carious process intensity, and oral microflora has not been sufficiently disclosed, and therefore these issues require further examination.

References

1. Loban HA, Faustova MO, Ananieva MM, Basarab YaO. Unikalni vlastyvoli mikroorhanizmiv, shcho formuiut bioplivku porozhnyy rota. Zaporozhskyi medytsynskyi zhurnal, 2019; 3(114): 391–396. [In Ukrainian]. [https:// doi: 10.14739/2310–1210.2019.3.169198](https://doi.org/10.14739/2310-1210.2019.3.169198).
2. Horbach ND, Shchyrskya SM, Yakubova II, Sheremet OV, Kuzmenko YaS. Vyvchennia osoblyvostei pihmentovanoho zubnogo nalotu ta profilaktyka yoho vynykennia u shkoliariv m. Kyieva. Sovremennaia stomatolohyia, 2017; 3(87): 41–44. [In Ukrainian]. [Google Scholar].

РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ У ФОРМУВАННІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Парпалей К.А.¹, Трубка І.О.¹, Парпалей Є.І.²

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

¹ кафедра стоматології дитячого віку,

² кафедра акушерства, гінекології та медицини плода

м. Київ, Україна

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) декларує систему «Громадське здоров'я» PUBLIC HEALTH як комплекс інструментів, процедур та заходів, що мають реалізуватися як державними, так і недержавними інституціями. У листопаді 2016 року Постановою № 1002-р Кабінету Міністрів України було прийнято Концепцію розвитку системи громадського здоров'я. Система громадського здоров'я передбачає активну участь в усіх заходах не лише держави, а й самих

громадян, отож є питання: чи достатньо мотивоване суспільство дбати про своє здоров'я та здоров'я своїх дітей? Стоматологічне здоров'я є важливою складовою загального здоров'я людини, тому формування його потрібно розпочинати з раннього пренатального періоду [1].

Головним завданням пренатальної профілактики є забезпечення умов для повноцінної закладки і формування зубо-щелепного комплексу у плода під час внутрішньоутробного періоду та збереження і поліпшення рівня стоматологічного здоров'я вагітної. Найчутливішою фазою розвитку ембріона є 3–8-й тиждень онтогенезу, особливо до 36 днів, коли під впливом різних несприятливих фізичних, хімічних, психологічних, медикаментозних, вірусних, бактеріальних та інших чинників можуть формуватися грубі вади розвитку органів і систем організму майбутньої дитини. Особливо небезпечним для плода може стати надмірне рентгенівське опромінення вагітної, паління тютюну, вживання алкоголю чи наркотичних речовин. Ці чинники несуть загрозу безпосередньо здоров'ю самої вагітної, так і народженню дитини з різними вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки, серцево-судинної системи, гіпотрофією, затримкою психічного розвитку тощо. Неконтрольований прийом окремих медикаментозних препаратів також несе в собі значний ризик розвитку множинних дефектів та інших тератогенних проявів. Тому важливими є своєчасна профілактика, а за необхідності і надання адекватної лікувальної допомоги вагітній. У плануванні та проведенні комплексної пренатальної стоматологічної профілактики у вагітних мають брати участь різні фахівці: стоматологи, акушери-гінекологи, терапевти, лікарі сімейної медичної ланки, а також сама вагітна жінка.

За статистикою стоматологічна захворюваність під час вагітності є доволі високою: у понад 90 % жінок є хвороби твердих тканин зубів і пародонта, видалення зубів потребує кожна друга вагітна. У разі загострення наявних хронічних вогнищ одонтогенної інфекції створюється загроза інфікування плода. На жаль, під час вагітності по стоматологічну допомогу активно звертається лише кожна третя жінка [2]. Отже, для вагітних вкрай необхідним є проведення санітарно-освітньої роботи задля своєчасного мотивування, а також впровадження планового стоматологічного диспансерного нагляду, що враховує наявність різних чинників ризику, рівень загального та стоматологічного статусу пацієнтки, характер перебігу вагітності, у тому числі й прояв гестозів тощо. Вважаємо за доцільне вдатися до

широкого впровадження запропонованого нами «Стоматологічного паспорта вагітної жінки», який допоможе сформувати у майбутньої мами позитивну мотивацію щодо збереження та зміцнення як власного стоматологічного здоров'я, так і здоров'я її майбутньої дитини, слугуватиме орієнтиром кратності оглядів у стоматолога впродовж кожного триместру вагітності [1].

Потрібно враховувати критичні терміни формування зубних тканин, а саме періоди закладки та внутрішньоутробної мінералізації тимчасових і постійних зубів. Уже на ранніх термінах, а саме у 6–8-й тижні вагітності відбувається закладка тимчасових зубів, а на 15–16-му тижні – диференціювання їхніх тканин, на 17–25-му тижні – мінералізація коронок тимчасових зубів, на 17–20-му тижні – закладка зачатків перших постійних зубів плода, 23–25-му тижні – закладка зачатків 1, 2, 3 постійних зубів, на 30-му тижні розпочинається внутрішньоутробна мінералізація коронок перших постійних зубів. Ці терміни є особливо важливими для формування окремих груп тимчасових і постійних зубів у плода.

Таким чином, профілактичні заходи в пренатальний період мають бути спрямовані на забезпечення умов для фізіологічного розвитку органів і систем, у тому числі й зубо-щелепного комплексу та усунення всіх можливих негативних впливів як на здоров'я жінки, так і на здоров'я майбутньої дитини. Окремим питанням, вартим уваги лікарів, є формування у вагітної усвідомлення важливості її власної ролі в збереженні та зміцненні її власного загального і стоматологічного здоров'я, а також здоров'я плода, що розвивається. Дбаючи про майбутнє стоматологічне здоров'я дітей, ми закладаємо підвалини в суспільне здоров'я нації.

Література

1. Парпалей Е.А., Сирук Н.О., Новицкий А.В., Парпалей Е.И. Пути обеспечения стоматологического здоровья беременной женщины // 36. II науково-практичної конференції: Актуальні проблеми терапевтичної стоматології. – Київ, 2006. – С. 84–87.
2. Кузьміна В. А., Якубова І. І., Коркач Г. М. Санітарна освіта вагітних щодо гігієни порожнини рота як важлива ланка в антенатальній профілактиці карієсу зубів // Новини стоматології, 2016. – № 4 (89). – С. 49–56.
3. Проходная В. А. Особенности кариесогенного статуса беременных женщин в динамике гестационного периода // Международный журнал прикладных и фундамент. Исследований, 2015. – № 3. – С. 643–648.

4. Савичук Н. О. Інноваційні підходи до профілактики карієсу зубів у дітей та вагітних жінок // Современная стоматология, 2013. – № 5. – С. 50–54.
5. Якубова И. И. Внедрение схемы диспансеризации беременных женщин у стоматолога – первый шаг к сохранению стоматологического здоровья матери и формирование его у ребенка // Стоматологический журнал, 2013. – № 2. – С. 127–130.

ДИСТАЛІЗАЦІЯ ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ – СПОСІБ СТВОРЕННЯ МІСЦЯ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ РЕТЕНЦІЇ ТА ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПОЛОЖЕННЯ ІКЛІВ

Пилипів Н.В., Корнієнко М.М.

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

У щоденній роботі стоматолог-ортодонт стикається зі скупченим положенням зубів та нестачею місця для них у зубному ряді. Причинами скупченості часто стають недостатні ширина та довжина зубного ряду та зміщення перших постійних молярів через передчасну втрату молочних зубів. Лікування скупченості зазвичай здійснюється кількома способами, зокрема, за допомогою апаратів, які розширюють зубний ряд, та переміщують окремі зуби. У разі скупчення 3–4 ступеня часто доводиться вдаватися до видалення постійних зубів за ортодонтичними показаннями.

У разі мезіального зміщення бічних груп зубів унаслідок передчасної втрати або раннього видалення тимчасових зубів за терапевтичним, хірургічним чи іншими показаннями без своєчасного дитячого зубного протезування для зубів, які прорізуються останніми (а це часто ікла верхньої щелепи) не вистачає місця в зубній дузі і вони займають вестибулярне положення або залишаються ретенуваними. Це негативно впливає не лише на профіль обличчя, положення губ, естетику посмішки, але і призводить до неправильного співвідношення зубів, перевантаження пародонта, стирання зубів, формування неправильного типу жування, функціональних порушень.

Під час лікування таких пацієнтів постає питання видалення постійних зубів для створення місця в зубному ряді і переміщення іклів у створений простір. Проте видалення зубів за ортодонтичними показаннями, окрім самої втрати часто інтактних зубів, має низку недоліків, зокрема, настає сплюснення профілю обличчя, подовжується

період активного лікування і ретенція досягнутого результату з частими рецидивами внаслідок його недотримання [1].

Якщо на підставі проведених досліджень, зокрема, вимірювання діагностичних моделей щелеп та рентгенологічного дослідження, встановлено мезіальне зміщення постійних зубів з одного або обох боків, можливе використання сучасних незнімних ортодонтичних пристроїв для дисталізації молярів [2, 3]. Ці пристрої є найефективнішими в кінцевому періоді змінного та на початку постійного прикусу в пацієнтів, які ще ростуть, коли другі постійні моляри ще не прорізалися. Однак за відсутності зародків третіх молярів на верхній щелепі їх застосування можливе і у віці після 18 років [4, 5].

Мета дослідження: вивчення ефективності незнімних пристроїв для дисталізації молярів під час лікування скученості, ретенції та вестибулярного положення іклів.

Матеріали і методи. Проведено клінічне обстеження, біометрію моделей 26 пацієнтів віком від 11 до 14 років. Дванадцятьом із них здійснено дисталізацію перших постійних молярів за допомогою апарата Pendulum, решті 14 – з використанням дисталізатора на кільцях на перші премоляри та перші постійні моляри з акриловою кнопкою Nance, яка впирається в піднебіння у фронтальній ділянці і знижує ймовірність протрузії фронтальних зубів.

Результати дослідження. У всіх 26 пацієнтів здійснено переміщення перших постійних молярів дистально. У 7 пацієнтів, яким встановлено апарат для звуження верхнього зубного ряду, в апарат Pendulum додатково включали ортодонтичний гвинт для його розширення. Залежно від клінічного випадку і, відповідно, вибору апарата, здійснювали переміщення молярів з одного або обох боків. Завдяки використанню дисталізатора та апарата Pendulum створено від 3 до 6,5 мм місця в зубній дузі з одного чи обох боків зубного ряду. Проведення дисталізації перших постійних молярів дозволило створити місце в зубній дузі, усунути скученість зубів та вестибулярне положення іклів верхньої щелепи без видалення постійних зубів та внормувати співвідношення бічних груп зубів, забезпечити простір для переміщення ретендованих зубів, досягнути співвідношення за І класом за Енглем.

Висновки. Застосування вищеописаних апаратів для дисталізації бічних груп зубів сприяє корпусному переміщенню їх. Це дає змогу

уникнути видалення постійних зубів під час лікування ретенції та вестибулярного положення іклів, скупчення фронтальних зубів у пацієнтів, які ростуть, що сприяє стабільним результатам лікування, позитивно позначається на лицевих ознаках пацієнта, їх профілі. Своєчасна корекція положення перших постійних молярів забезпечує правильне формування прикусу, скорочує терміни подальшого ортодонтичного лікування.

Література

1. Потапчук А.М. Оцінка ефективності використання апарату Pendulum для дисталізації молярів на верхній щелепі та контроль оклюзії після лікування. – 2011. <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/12463>.
2. Patil RU, Prakash A, Agarwal A. Pendulum therapy of molar distalization in mixed dentition. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2016; 9(1):67–73.
3. Lalitha Ch, Vasumurthy S, Vikasini K. Recent advances of pendulum appliance for effective molar distalization. *IJDA* 2011; 3(3): 572–576.
4. Al-Thomali Y, Basha S, Mohamed RN. Pendulum and modified pendulum appliances for maxillary molar distalization in class II malocclusion – a systematic review. *Acta Odontol Scand.* 2017 Aug; 75(6):394–401.
5. Anistroaei D., Saveanu C., Golovcencu L., Cernei E., Zegan G. Pendulum Appliance in two-phase orthodontic treatment. A case report. *International Journal of Medical Dentistry.* Volume 22. Issue 4 October / December, 2018.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ПРИКАРПАТТЯ

Попович З.Б., Рожко М.М.

Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти
м. Івано-Франківськ, Україна

Останніми десятиріччями спостерігається зростання кількості екозалежних захворювань, у тому числі стоматологічних [1, 2, 4–6]. В Україні стоматологічні захворювання відносяться до найбільш поширених. Причини значної поширеності захворювань та зв'язок їх з екологічними умовами проживання вивчали на кафедрі стоматології післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету протягом тривалого часу. Частина результатів досліджень авторами досліджень вже опубліковано [2, 3]. Іва-

но-Франківська область розташована у трьох клімато-географічних зонах – рівнинна, передгірська та гірська і характеризується низьким рівнем фтору (0,2–0,6 мг/л при нормі 0,8–1,2 мг/л) та йоду (0,004 мг/дм³ при нормі 0,1–2,5 мг/дм³), що спричинює високий рівень стоматологічних захворювань, а в деяких районах до цих чинників приєднується токсичний вплив сполук, що утворюються в процесі технологічного циклу роботи підприємств.

Мета дослідження: вивчити зв'язок стоматологічної захворюваності населення Івано-Франківської області з впливом чинників навколишнього середовища, обґрунтування шляхів і методів поліпшення та збереження стоматологічного здоров'я.

Матеріали і методи. Обстеження дітей та дослідження результатів обстеження проводили під час виконання науково-дослідної роботи «Клінічна ефективність комплексного лікування захворювань твердих тканин зубів і пародонту у населення екологічно несприятливих регіонів», яка фінансувалася з державного бюджету, номер державної реєстрації 0118U004144. Для вивчення стоматологічної захворюваності нами протягом 2018–2019 років оглянуто понад 4,9 тис. осіб, які проживають у різних регіонах Прикарпаття. Оглянуто 824 дитини, які проживають у м. Калуші та Калуському районі (їх визнано зоною «надзвичайної екологічної ситуації») та 1236 дітей шкільного віку, які проживають у місцевості поблизу Бурштинської теплоелектростанції. Огляд дітей проводили з попереднім повідомленням та за згодою батьків, за підтримки та сприяння освітнього департаменту Івано-Франківської обласної державної адміністрації та районних відділів освіти, за що висловлюємо їм щирю вдячність.

Результати дослідження. Унаслідок проведеного обстеження виявлено, що поширеність стоматологічних захворювань становить 84,2–93,5 %, причому спостерігається чітка тенденція до зростання кількості захворювань в екологічно несприятливих районах (до 99,5%). Захворювання тканин пародонта сягає 87–98,2 % у дорослих та до 35,3–78,3 % у дітей і підлітків, спостерігається зростання кількості ортодонтичної патології (42,4 – 61,2%). Особливістю клінічного перебігу хвороби було те, що в багатьох дітей шкільного віку під час огляду виявлено поєднання декількох видів патології: карієс та захворювання слизової оболонки порожнини рота, карієс та ортодонтична патологія, захворювання пародонта та атопічний хейліт, некаріозні ураження тощо.

Висновки. Унаслідок проведеного дослідження виявлено зв'язок між рівнем стоматологічної захворюваності населення та екологічними чинниками навколишнього середовища, що потребує розробки регіональних, диференційованих методів профілактики.

Література

1. Остапко О.І. Наукове обґрунтування шляхів та методів профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей в регіонах з різним рівнем забруднення довкілля: Автореф. ... д-ра. мед. наук, 2011. – 41с.
2. Попович З.Б., Рожко М.М., Кіндрат А.В., Боднарук Ю.Б., Соловей С.І. Аналіз структури стоматологічної захворюваності у дітей, які проживають на екологічно несприятливих територіях // Новини стоматології, 2018. – № 3. – С. 34–37.
3. Попович З.Б., Рожко М.М. Особливості профілактики стоматологічних захворювань у дітей, які проживають на територіях з низьким вмістом деяких мікроелементів // Новини стоматології, 2018. – № 4. – С. 22–25.
4. Порушення імунного статусу організму людини за дії хімічних чинників та методи їх визначення / І.М. Трахтенберг, Н.М. Дмитруха, О.С. Моложава, Ю.М. Миرونюк. Метод. рекомендації. – Київ, 2007. – 45 с.
5. Альтернативні методи і тест-системи. Лікарська токсикологія / за ред. акад. АМН України І.М. Трахтенберга. І.М. Трахтенберг, В.М. Коваленко та ін. – К.: ВД «Авіцена», 2008. – 268 с.
6. Дмитруха Н.М. Імунотоксична дія свинцю і кадмію як гігієнічна проблема (до патогенезу, діагностики та профілактики інтоксикацій важкими металами): автореф. дис. на здобуття наук ступеня д-ра мед. наук: спец.; ДУ «Інститут медицини праці НАМН України». – Київ, 2011. – 32 с.

МЕТОДОЛОГІЯ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЕРОЗИВНИХ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ

Савичук О.В., Зайцева Є.М., Шаповалова Г.І.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
м. Київ, Україна

Захворювання, що супроводжуються ураженням слизової оболонки порожнини рота у дітей (СОПР) залишаються однією з актуальних проблем дитячої терапевтичної стоматології [1–3]. Причинами розвитку уражень СОПР можуть бути як загальні, так і місцеві чинники (незадовільна гігієна порожнини рота (ПР), відсутність сана-

ції ПР, травмування СОПР тощо). Але найчастіше ураження СОПР є проявами коморбідної патології в організмі дитини, алергічних та інфекційних хвороб, а також різних патологічних станів внутрішніх органів та систем (дисбактеріоз тощо) [1–4].

Патологічні стани СОПР можуть мати різну етіологію і патогенез, але одночасно бути дуже схожими між собою за клінічними проявами в ПР. Через це проведення диференційної діагностики захворювань СОПР є достатньо складним процесом, тому часто неможливо її провести тільки за даними з анамнезу хвороби, скарг пацієнта та результатів клінічного обстеження ПР.

Для встановлення заключного діагнозу та складання відповідних ефективних схем лікування лікарю часто доводиться провести додаткові методи обстеження хворого й у разі необхідності звернутися за консультацією до лікарів іншого профілю.

Визначення характерних та патогномонічних ознак для кожного виду патології на всіх етапах обстеження хворого (збір анамнезу, клінічне та лабораторне дослідження) є основою методології диференційної діагностики захворювань СОПР, які схожі за клінічними проявами, зокрема серед хвороб з ерозивним ураженням слизової оболонки.

Потрібно звернути увагу на особливості клінічних проявів ХРАС і їх відмінності від проявів вірусної інфекції в ПР.

Серед додаткових методів дослідження при проведенні диференційної діагностики ерозивних уражень варто застосувати цитологічний, імуно-ферментний та молекулярно-біологічний методи. Цитологічні зміни СОПР при вірусній інфекції мають характерні ознаки протягом перших 3–4 діб. В цитологічних препаратах (мазках) з'являються багатоядерні клітини кулястої або неправильної форми. Кількість ядер в таких морфологічно змінених клітинах може бути 2 та більше. Метод полімеразно – ланцюгової реакції (ПЛР) дозволяє визначити видову належність мікроорганізму (віруса), оцінити його кількісні характеристики. При проведенні імуноферментного метода визначається наявність специфічних антитіл класів IgM, IgG.

Таким чином, проведення диференційної діагностики ерозивних уражень СОПР потребує комплексного підходу під час обстеження пацієнта із застосуванням додаткових лабораторних методів дослідження. У разі встановлення попереднього діагнозу ХРАС дитина

має бути направлена на обстеження до лікарів іншого фаху для виявлення супутньої коморбідної патології: захворювань травного тракту, алергічних станів, ЛОР-патології тощо.

Література

1. Хоменко, Л.О., Мозгова, О.М. Сучасні особливості герпесвірусних уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей за даними клініко-лабораторних досліджень // Профілактична та дитяча стоматологія, 2011. – №5. – С. 27–32.
2. Savychuk, O., Beketova, G., Zaitseva, E., & Shapovalova G. (2019). Method of complex Treatment of Chronic Recurrent Aphthous Stomatitis. Педиатрия. Восточная Европа, (7(1)), 8–16.
3. Легенчук, О.В., Мозгова, О.М., Волкова, С.В. Індивідуальні засоби для порожнини рота у дітей з гострими формами лейкоемій // Вісник проблем біології і медицини, 2018. – Вип. 4, 3(141). – С. 349 – 352.
4. Мельников, О. & Шматко, В. Гуморальные факторы врожденного иммунитета в смешанной слюне у детей с воспалительными заболеваниями ротоглотки. Перспективні напрямки розвитку науки та техніки: Збірник наукових матеріалів XVIII Міжнародної науково-практичної інтернет конференції el-conf.com.ua (Ч.2, с.42–46). 23 березня, 2018, Вінниця, Україна.
5. Мозгова, О.М. Лікування асоційованої форми рецидивуючого герпесу порожнини рота у дитини. Клінічне спостереження // Профілактична та дитяча стоматологія, 2015. – № 1. – С. 24–27.

ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ ТВЕРДИХ ТКАНИН ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З УРАЖЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ПРИ ВИВЧЕННІ ІНДЕКСУ НАЙВИЩОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ

Смоляр Н.І., Боднарук Н.І.

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

Згідно з даними наукової літератури останніх років, ураженість тимчасових зубів карієсом лишається на високому рівні [1]. Одним із вагомих чинників, що цьому сприяє, є збільшення кількості дітей, котрі мають різноманітні супутні захворювання[2]. Серед соматичних хвороб у дитячому віці зростає поширеність захворювань опорно-рухового апарату (ОРА), що підтверджується даними державної статистики. Так, у віці 0–6 років поширеність захворювань ОРА становить 23,74 на 1000 дітей, у віці 7–14 років зростає в 3,6 разу і становить

85,72 на 1000 дітей, а у віці 15–17 років зростає майже в 7 разів і становить 162,89 на 1000 осіб [3]. Водночас у доступній літературі знайдено лише поодинокі дослідження, що оцінюють стоматологічний статус дітей дошкільного віку при патології ОРА, тому вивчення цього питання вважаємо актуальним [4].

Мета дослідження: оцінити найвищу інтенсивність карієсу тимчасових зубів у дітей віком 3–6 років з патологією ОРА.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети обстежено 477 дітей віком 3–6 років, у тому числі – 357 дітей з патологією ОРА та 120 дітей соматично-здорових (група порівняння). Діти з патологією ОРА відвідували дитячі садочки, на базі яких є спеціалізовані групи для дітей з порушеннями ОРА. Характер порушень ОРА оцінювали за витягами з протоколів діагностичних засідань Львівської міської психолого-медико-педагогічної консультації. Стоматологічне обстеження дітей проводили з дозволу керівництва дошкільних закладів та в разі отримання поінформованої згоди батьків згідно Гельсінської Декларації Всесвітньої медичної асоціації 1964 року. Ураженість тимчасових зубів карієсом визначали за індексами інтенсивності (кп) та найвищою інтенсивністю карієсу (НІК). Результати опрацьовані статистично з використанням критерію Стьюдента.

Результати дослідження. Оцінювання отриманих даних показало, що в дітей з патологією ОРА індекси кп та НІК становили в середньому, $6,12 \pm 0,16$ та $10,65 \pm 0,15$ зуба і є вірогідно вищими, аніж у дітей групи порівняння ($3,98 \pm 0,34$ та $7,20 \pm 0,44$ зуба відповідно; $p < 0,001$). Під час аналізу показників індексу НІК у віковому аспекті виявлено зростання показників індексу з віком у дітей обох груп: у 2 рази ($p < 0,001$) в групі дітей з патологією ОРА та дещо більше, ніж у 2 рази ($p < 0,001$) у дітей групи порівняння. Найбільш виражені показники зростання індексу НІК виявлено в групі дітей з патологією ОРА віком від 3 до 5 років – від $8,02 \pm 0,81$ до $10,92 \pm 0,20$ зуба відповідно ($p < 0,001$), тоді як у дітей групи порівняння зростання НІК у цьому віці виражене менше – від $6,34 \pm 0,66$ до $8,70 \pm 0,68$ зуба відповідно ($p < 0,02$). Оцінювання різниці між даними індексу НІК та інтенсивністю карієсу за середніми показниками виявило, що у дітей з патологією ОРА індекс НІК перевищив інтенсивність карієсу на +74,02 %, а у дітей групи порівняння – на +80,90 %. Аналіз даних різниці між показниками за віком показав, що найбільшу різницю між індексами НІК та середньою інтенсивністю карієсу встановлено у дітей віком 3–4 років

групи порівняння. Так, у 3-річних дітей індекс НІК у 2 рази перевищив середню інтенсивність карієсу, а в 4-річних – перевищив на +93,88 %. У дітей віком 5–6 років групи порівняння різниця між індексами дещо зменшилася (+68,93 % та +75,09 % відповідно), однак є вищою порівняно з показниками дітей із патологією ОРА. Отже, у групі дітей з патологією ОРА мінімальну різницю між показниками спостерігали у віці 3–4 років. У 4-річних дітей НІК перевищила середню інтенсивність карієсу на +38,75 %, а в 3-річних – на +45,20 %. Максимальну різницю між індексами у дітей групи з патологією ОРА виявлено в 5-річних дітей (+64,95 %).

Висновки. Встановлено, що у дітей з патологією ОРА інтенсивність карієсу тимчасових зубів в середньому становила $6,12 \pm 0,16$ зуба та $\text{НІК} = 10,65 \pm 0,15$ зуба, що значно вище, аніж у дітей групи порівняння ($3,98 \pm 0,34$ зуба та $\text{НІК} = 7,20 \pm 0,44$ зуба відповідно; $p < 0,001$). Отримані результати показали, що серед дітей групи порівняння з невисокими показниками інтенсивності карієсу виявлено поодинокі випадки множинного карієсу. Натомість мінімальні показники різниці між індексами кп та НІК свідчать про наявність великої кількості осіб із множинним карієсом серед дітей з патологією ОРА.

Література

1. Якубова І.І., Кузьміна В.А. Ранній дитячий карієс. Стан проблеми в Україні // Современная стоматология. 2017. – № 1. – С. 48–54.
2. Оцінка ураженості карієсом тимчасових зубів у дітей із соматичною патологією (огляд літератури) / Н.І. Смоляр, Н.І. Боднарук, Т.Ю. Лисак, І.В. Ган // Укр. стомат. альманах. – 2020. – № 3. – С. 53–61.
3. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.
4. Федоров Ю.А., Бычкова В.Б. Особенности состояния зубов у дошкольников при сопутствующей патологии и костно-мышечной системы // Стоматология детского возраста и профилактика. 2007. – № 1. – С. 32–35.

ПОШИРЕНІСТЬ АНОМАЛІЙ ЗУБНИХ РЯДІВ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Смоляр Н.І., Лесіцький М.Ю., Лисак Т.Ю.

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

Сучасні дані літературних наукових джерел вказують на значне зростання поширеності зубо-щелепних аномалій (ЗЩА) та деформацій у дітей України [1–3]. Результати досліджень свідчать про те, що серед дітей з ортодонтичною патологією в структурі ЗЩА найчастішими є аномалії зубних рядів [4–5].

Мета дослідження: вивчення поширеності аномалій зубних рядів у дітей шкільного віку.

Матеріал і методи. Для визначення структури зубних рядів було обстежено 1167 пацієнтів віком 6–16 років м. Львова. Усіх дітей було поділено на три вікові групи залежно від періоду формування прикусу (6–9, 10–11 та 12–16 років). Для верифікації діагнозу використано класифікацію Д.А. Калвеліса.

Результати дослідження. Встановлено, що поширеність аномалій зубних рядів серед обстежених дітей в середньому становить $41,30 \pm 1,44\%$, а серед дітей із ЗЩА – $64,87 \pm 1,75\%$. Поширеність аномалій зубних рядів серед усіх дітей зростає у віці 6–12 років із $3,06 \pm 1,74\%$ до $58,82 \pm 4,87\%$; $p < 0,001$, а у віці 12–16 років помічено тенденцію до зменшення (з $58,82 \pm 4,87\%$ до $50,00 \pm 4,56\%$), що може бути зумовлено вираженими процесами саморегуляції. Водночас встановлено, що у $6,98 \pm 3,89\%$ 6-річних дітей із ЗЩА діагностовано аномалії зубних рядів, до 7-річного віку їх кількість збільшується у 3,86 разу ($p < 0,01$), до 8-річного – у 5,84 разу ($p < 0,001$), до 9-річного віку – у 10,10 разу ($p < 0,001$). Серед дітей із ЗЩА поширеність аномалій зубних рядів з віком вірогідно зростає з $39,24 \pm 3,17\%$ у дітей віком 6–9 років до $98,06\%$ та $94,50\%$ у дітей 10–12 та 13–16 років ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$) відповідно. При цьому відзначено, що пік поширеності аномалій зубних рядів припадає на вік 11–12 років ($82,76 \pm 4,96\%$ та $82,19 \pm 4,48\%$ відповідно). Після 12 років спостерігають тенденцію до зниження поширеності даної аномалії та утримування її на рівні $77,01 \pm 4,51\%$ – у дітей 13 років і $73,17 \pm 4,89\%$ у дітей 16 років.

Результати дослідження свідчать, що серед аномалій положення окремих зубів найчастішою є тортоаномалія ($14,91 \pm 1,04\%$), дистальне і вестибулярне положення ($7,54 \pm 0,77\%$ та $7,40 \pm 0,77\%$ відповідно). Серед аномалій зубних рядів особливе місце займає скупченість зубів. Результати проведених нами досліджень показали, що скупченість зубів трапляється в середньому у $22,79 \pm 1,23\%$ обстежених дітей та у $35,80 \pm 1,76\%$ серед дітей із ЗЩА. Виявлено, що аномалії форми зубних рядів трапляються в середньому $20,22 \pm 1,18\%$ дітей. Встановлено, що діастеми трапляються в середньому у $8,48 \pm 0,82\%$ обстежених та у $13,32 \pm 1,25\%$ дітей зі ЗЩА. Причому серед осіб із діастемами що аномалію діагностовано у 100% дітей на верхній щелепі і лише у $22,22 \pm 4,18\%$ обстежених на нижній щелепі.

Висновки. Результати дослідження свідчать про високу поширеність аномалій зубних рядів серед дітей шкільного віку, що має велике значення для подальших досліджень на предмет вивчення чинників ризику і механізмів виникнення цієї зубощелепної патології у дітей.

Література

1. Заяць О.Р. Поширеність зубощелепних аномалій у дітей Івано-Франківської області / О.Р. Заяць, З.Р. Ожоган // Профілактична й дитяча стоматологія, 2020. – № 1. – С. 68–72.
2. Потапчук А.М. Поширеність зубощелепних аномалій серед дітей шкільного віку Закарпатської області / А.М. Потапчук, О.І. Рівіс, К.В. Зомборі // Проблеми клінічної педіатрії, 2013. – № 1 (19). – С. 58–63.
3. Фліс П.С. Частота і розповсюдженість аномалій і деформацій зубощелепного апарату в період змінного прикусу / П.С. Фліс, В.В. Філоненко, Н.М. Дорошенко // Український стоматологічний альманах, 2016. – № 1 (Т. 1). – С. 75–78.
4. Pattern of Malocclusion in Orthodontic Patients in South-Eastern Region of Nepal / Acharya A., Bhattarai B., George D., Bhagat T. // Orthodontic Journal of Nepal., 2017. – № 1, Vol. 7. – P. 7–10.
5. Sabashvili M. Prevalence of Malocclusion Among 6–15-Year-Old Children in Georgia: Case Report // Biomedical Journal of Scientific & Technical Research., 2018. – Volume 7; Issue 5. – P. 6092–6095.

СТОМАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ СИНДРОМІ АРНОЛЬДА-КІАРІ І ТИПУ

Стоян О. Ю., Денисова О. Г.

Харківський національний медичний університет, кафедра стоматології
м. Харків, Україна

Згідно з даними ВООЗ вроджені неврологічні вади у дітей констатують у 80 % спостережень [1]. Однією з таких вад є синдром Арнольда-Кіарі І типу – спадкова вада розвитку головного мозку, яку виявляють у будь-якому віці. Може бути наслідком інфекції, інтоксикації, травми, емоційного стресу. В Україні частота патології становить 8,2 випадка на 1000 населення [2] і в 57 % має безсимптомний перебіг [3] або супроводжується різноманітною симптоматикою, зокрема такою, як спадкова остеодистрофія Олбрайта, ахондроплазія, шийний гіперлордоз, асиметрія обличчя тощо.

Доступні наукові джерела не описують стоматологічний статус таких пацієнтів. Тому наведений клінічний випадок має наукове значення не тільки для стоматологів, а й для лікарів педіатричного профілю.

Мета дослідження: виявлення стоматологічних симптомів у пацієнтки із синдромом Арнольда-Кіарі І типу.

Матеріал і методи. На консультацію спеціалістів кафедри стоматології ХНМУ лікар-ортодонт спрямував дівчинку А., віком 11 років для проведення оперативного втручання з приводу пластики вуздечки верхньої губи на етапі планування ортодонтичного лікування. Проведено комплексне стоматологічне обстеження пацієнтки.

Результати дослідження. Встановлено, що дівчинка є інвалідом дитинства, перебуває на диспансерному обліку в невропатолога і кожні 2 роки проходить медичний огляд з приводу діагнозу «вроджена аномалія центральної нервової системи, краніостеноз, синдром Арнольда-Кіарі І типу» (у матері дитини отримано згоду на публікацію результатів променевого обстеження в медичній науковій періодичній літературі).

Status localis: асиметрія обличчя за рахунок збільшення лобової частини, птозу правої повіки, права надбрівна дуга розташована вище лівої. У порожнині рота: 2.1 і 2.2 конвергують між собою, 2.1 і 2.2 – розгорнуті уздовж вертикальної осі, медіальний кут коронки 2.1 і дистальний кут коронки 2.2 нахилені в бік піднебіння. Пальпація в

ділянці проекції коренів зубів 2.1, 2.2 безболісна. У ділянці проекції кореня 3.6 перехідна складка згладжена, під час пальпації безболісна, щільної консистенції.

Під час аналізу комп'ютерно-конусно-променевої томографії верхньої і нижньої щелеп виявлено: на нижній щелепі – вогнище деструкції кісткової тканини розміром 32,1 × 30,3 мм у ділянці тіла, кута і гілки щелепи ліворуч із зачатком зуба 3.7; на верхній щелепі ліворуч – вогнище деструкції кісткової тканини в міжкореневій ділянці зубів 2.1 і 2.2 розміром 13,5 × 9,1 мм та в ділянці зубів 5.4 і 5.5 з рівними краями розміром 17,8 × 14,4 мм з фолікулами постійних зубів 1.4 і 1.5.

Діагноз: Полікістоз. Фолікулярна кіста верхньої щелепи праворуч у ділянці зубів 5.4, 5.5. Солідна кіста нижньої щелепи ліворуч. Глобуломаксіярна кіста верхньої щелепи ліворуч у ділянці зубів 2.1, 2.2.

Висновки. Таким чином, однією з ознак синдрому Арнольда–Киарі I типу є полікістоз щелеп, який потребує рентгенологічного дослідження для встановлення локалізації і розмірів вогнищ деструкції з метою подальшої розробки тактики лікування.

Література

1. Колесник М. Редкие заболевания нервной системы: проблемные вопросы диагностики и лечения / М. Колесник // Укр. мед. Часопис, 2015. – № 2. – С. 19–22.
2. Роль МРТ диагностики в дифференцированном хирургическом лечении больных с мальформацией Арнольда–Киари I. / Л. А. Усмонов [и др.] // Укр. нейрохирургический журнал, 2010. – № 3. – С. 59.
3. Смыченко А. Е. К вопросу о мальформации Арнольда–Киари / А. Е. Смыченко // Научное сообщество студентов: Междисциплинарные исследования: сб. ст. по мат. IX междунар. студ. науч.-практ. конф., 2017. – № 6 (9). – Режим доступа: <https://sibac.info>

CLINICAL EFFICACY OF DIFFERENTIATED TREATMENT REGIMENS OF CARIES IN IMMATURE PERMANENT TEETH

**Tserakhava T.N., Shakavets N.V, Klenovskaya M.I., Melnikava E.I., Naumovich D.N.,
Cherniauskaya N.D.**

Belarusian State Medical University, Department of Pediatric Dentistry,
Minsk, Belarus

The choice of restoration material and treatment regimen for caries of immature permanent teeth in children remains relevant at present. It

depends on the age of the patient and his level of cooperation, the degree of maturity of the permanent tooth, the activity of the carious process and the level of oral hygiene [1, 3, 4].

Aim: To evaluate the 2 years clinical efficacy of modified glass-ionomer cement restoration of permanent immature teeth in children with different caries risk.

Material and methods. 100 permanent immature teeth in children with a low, moderate and high caries risk with acute and chronic process were restored using modified glass-ionomer cement. Remineralizing therapy was carried out in children with acute caries for 2 weeks before restoration. The duration of remineralizing therapy in children with a high risk and chronic caries was 2 weeks, in the acute caries – 4 weeks. Remineralizing therapy included agents containing calcium and phosphate ions. Assessment of the restorations was conducted in 12 and 24 months according to Ryge criteria which take into account the marginal integrity and discoloration, color stability, surface texture and occlusal wear [2].

Results. None of the patients dropped out up to the end of the study. 100% retention of modified glass-ionomer cement restorations were detected in children with different caries risk. Patients reported no postoperative sensitivity after 12 and 24 months.

Evaluated restorations demonstrated 100% color stability after 12 months. $80\pm 8,94\%$ of restorations in acute and $90\pm 6,71\%$ in chronic caries with moderate risk, $75\pm 9,68\%$ in acute and $85\pm 7,98\%$ chronic with high risk received Alfa ratings after 24 months. The other restorations were rated Bravo due to the restorations appeared slightly darker than the adjacent tooth structure.

None of the restorations showed marginal discoloration after 12 and 24 months. Assessment of the marginal integrity based on direct and indirect evaluation demonstrated no visible evidence with crevice along the margin at the 24 months' review: an excellent transition from the tooth hard tissue to the filling material was recorded in 100% of cases, which corresponds to criteria Alfa.

Evaluation of restorative texture showed good results. All the restorations exhibited a smooth surface comparable to the adjacent enamel after 1 year. In children with moderate caries risk $85\pm 7,98\%$ and $95\pm 4,87\%$ restorations in teeth with acute and chronic caries respectively were evaluated with Alfa rating after 2 years. In children with high caries risk $80\pm 8,94\%$ and

85±7,98% restorations with acute and chronic caries respectively were evaluated with Alfa rating after 2 years. The other restorations received the Bravo rating due to restorations surfaces were rougher then surrounding enamel but after polishing could be assessed as Alfa.

In 12 months, all the restorations had exiting anatomical form of the tooth. After 24 months occlusive wear assessment also showed good quality: 15±7,98% of the restorations in teeth with acute process and 10±6,71% with chronic caries in children of high caries risk group were slightly flattened or discontinuous within its anatomical form, but the missing material did not expose the dentin and did not require re-treatment.

Remineralizing therapy prevented the secondary caries or violation of the marginal adaptation of 100% restoration. No signs of secondary caries were found in any clinical group after 1 and 2 years evaluations.

Conclusion. It was determined that the differentiated treatment regimens had a high efficacy within 2 years. 80–95% modified glass-ionomer cement fillings had satisfactory quality. 5–20% of the fillings were of acceptable quality and didn't not require the correction or re-treatment.

The usage of modified glass-ionomer cement for restorations in permanent immature teeth in children with an acute caries or a high risk of its development supplemented with remineralizing therapy demonstrated a high clinical efficacy in 85–90% of clinical cases.

Literature

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on pediatric restorative dentistry. Chicago (IL) //American Academy of Pediatric Dentistry, 2004. – 9 p.
2. Jokstad A, Bayne S, Blunck U, Tyas M, Wilson N. Quality of dental restoration. FDA Commission Project 2-95 // Int Dent J., 2001. – Vol. 51. – P.117-158.
3. McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent: Mosby, 10th Edition, edited By J. Dean., 2015. – 720 p.
4. Ricketts D, Lamont T, Innes NPT, Kidd E, Clarkson JE. Operative caries management in adults and children. // Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013. – Issue 3. –Art. No.: CD003808. DOI: 10.1002/14651858.CD003808.pub3.

ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ НА ЕТАПІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗНІМНОЮ АПАРАТУРОЮ

Філоненко В.В., Біденко Н.В.

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

Під час ортодонтичного лікування обов'язковою є систематична перевірка гігієнічного стану порожнини рота та професійна гігієна з використанням сучасних, індивідуально підібраних основних та додаткових засобів і предметів гігієни [1–3]. Контроль гігієнічного стану порожнини рота особливого значення набуває за наявності в дитини вроджених незрощень губи та піднебіння.

Мета дослідження: провести оцінювання стану гігієни порожнини рота у дітей з вродженими незрощаннями губи та піднебіння до початку та під час ортодонтичного лікування.

Матеріал і методи. Обстежено 19 дітей віком 6–9 років, яких лікували за допомогою знімної ортодонтичної апаратури після попередньо проведеної хейлоринопластики та велоластики, у яких залишилися дефекти твердого піднебіння. Ортодонтичне лікування було спрямоване на стабілізацію оклюзії. Стоматологічне обстеження проводили за загальноприйнятою методикою згідно з розробленою картою обстеження пацієнта з вродженими незрощаннями верхньої губи та піднебіння із зубощелепними деформаціями (свідцтво про реєстрацію авторського права № 98841 від 11.09.2020 р.) [4]. Стан гігієни порожнини рота визначали за допомогою індексу Silness-Löe (Biofilm Index, Plaque Index (Pl I) [1, 5–7]. Обстеження проводили до початку ортодонтичного лікування, через 4–5 тижнів та 6–9 місяців.

Результати дослідження. Під час першого обстеження, ще до виготовлення ортодонтичної конструкції, показник індексу гігієни становив $2,4 \pm 0,98$, що відповідало незадовільній оцінці гігієни порожнини рота. До початку ортодонтичного лікування усім дітям проводили професійне чищення зубів пастою середньої абразивності торцевими нейлоновими щітками. Виконували санацію порожнини рота, здійснювали неінвазивну герметизацію фісур та глибоке фторування емалі неуразених постійних зубів. Також проводили інди-

відуальне навчання стандартному методу чищення зубів, призначали індивідуальні засоби гігієни залежно від стоматологічного статусу. Після терапевтичних втручань та профілактичних заходів починали ортодонтичне лікування.

Діти були обстежені повторно через 4–5 тижнів лікування. Показник індексу становив у середньому $1,5 \pm 1,72$, що відповідало задовільному стану гігієни порожнини рота.

Третє обстеження проводили через 6–9 міс від початку користування ортодонтичним апаратом. Показник індексу становив $1,4 \pm 1,34$, що інтерпретували як задовільний стан гігієни порожнини рота.

Під час проведення обстеження виявлено відмінності у показниках індивідуальної гігієни щодо зубів верхньої і нижньої щелеп, що не відображалось значеннями індексу. На нашу думку, причинами такої різниці є не тільки хірургічне втручання, психологічна тривожність, наявність ортодонтичної конструкції, а й відсутність спеціалізованих гігієнічних заходів для дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Висновки. Виявлені особливості гігієни у дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння, що користуються ортодонтичною апаратурою, потребують подальшого вивчення та розробки алгоритму правильного догляду за порожниною рота із застосуванням індивідуального добору сучасних методів та засобів гігієни, спрямованого на поліпшення гігієнічного стану з урахуванням чинників, що його зумовлюють. Для більш об'єктивного оцінювання гігієнічного догляду в дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння доцільно розглядати стан гігієни окремо для верхнього і нижнього зубних рядів.

Література

1. Хоменко Л.О. Стоматологічна профілактика у дітей: Навч. посібник / Л.О. Хоменко, В.І. Шматко, О.І. Остапко та ін. – К.: ІСДО, 1993. – 192 с.
2. Фліс П.С., Савичук О.В., Філоненко В.В., Немирович Ю.П. Вплив знімних ортодонтичних апаратів на динаміку змін гігієнічного індексу ОНІ-S у процесі ортодонтичного лікування // Матеріали XIV конгресу СФУЛТ 4–6.10.2012 р., тези доповідей, № 689, с. 353; Донецьк, 2012.
3. Фліс П.С., Савичук О.В., Філоненко В.В., Немирович Ю.П., Леоненко Г.П. Динаміка змін гігієнічного індексу ОНІ-S під впливом ортодонтичного лікування знімною апаратурою // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції 3-4.03.2011р., «Сучасні напрямки розвитку стоматологічної науки і практики», – с. 91–93; Полтава, 2011.

4. Авторське право «Карта обстеження пацієнта з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння із зубощелепними деформаціями» / Філоненко В.В., Канюра О.А., Яковенко Л.М., Біденко Н.В., Шафета О.Б.; Заявл. 10.07.20 № 100123; Дата реєстрації 11.08.20 № 98841.
5. Löe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. J. Periodontol. 1967; 38(6, Suppl):610–616.
6. Silness J., Loe H. Periodontal disease in pregnancy. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. Acta Odontol Scand. 1964; 22:121–135.
7. Wilkins Esther M. Clinical practice of the dental hygienist / Esther M. Wilkins, Charlotte J. Wyche, Linda D. Boyd. – 12th edition. – 2017; 23:369–392.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕННЯ НОСОВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЧНИМИ ВИДАМИ ПРИКУСУ

Фліс П.С., Вишемирська Т.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Порушення функції дихання і, як наслідок, набула шкідлива звичка – дихання ротом є головним етіологічним чинником формування сагітальних аномалій прикусу та рецидивів їх. Для комплексного підходу в діагностиці та лікуванні сагітальних аномалій прикусу мають долучатися до співпраці ортодонти та отоларингологи, оскільки тільки від рішення останніх щодо усунення основної причини порушення носового дихання надалі залежить вибір методів ортодонтичного лікування та усунення функціональних порушень зубощелепного апарату. Це своєю чергою сприятиме поліпшенню якості ортодонтичного лікування та зменшенню вірогідності виникнення рецидиву зубощелепних аномалій. На сьогодні розв’язання цих питань є актуальною проблемою ортодонції.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування ЗЩА шляхом розробки алгоритму діагностики пацієнтів із сагітальними аномаліями прикусу, що виникли внаслідок ЛОР-патології (хронічних захворювань ЛОР-органів з порушенням носового дихання).

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети було розроблено «Анкету оцінювання порушення носового дихання у дітей», що включала: 1. Збір анамнестичних даних стосовно: наявності хронічних ЛОР-захворювань, сну пацієнта з відкритим ротом, хропіння під

час сну, дихання носового чи ротового (візуально незімкнені губи); 2. Клінічне обстеження у вигляді клінічно-функціональної проби із серветкою, що виконувала роль паперового клапана; 3. Визначення явних ознак аденоїдного типу обличчя, або «синдрому видовженого обличчя» («long face syndrome»); 4. Аналіз результатів конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ): визначення прохідності верхніх дихальних шляхів; оцінювання розростань аденоїдних вегетацій; наявність іншої причини обструкції дихальних шляхів.

Усього проанкетовано 182 пацієнта віком від 7 до 12 років (73 – хлопчики та 109 – дівчаток) із сагітальними аномаліями прикусу.

На підставі аналізу отриманих даних було запропоновано визначення стадії хронічного порушення носового дихання:

I стадія – 0–1 бал – діти без наявних порушень носового дихання, є нашими критеріями виключення;

II стадія – 2–4 бали – діти, які мають проблеми з порушенням носового дихання і мають звернутися на консультацію до отоларинголога;

III стадія – 5–8 балів – діти з хронічними ознаками порушення носового дихання, потребують звернення до отоларинголога та отримати консультацію щодо подальшого консервативного чи хірургічного лікування;

IV стадія – 9–10 балів – діти з тяжкими ознаками хронічного ротового дихання, що потребують негайного звернення до отоларинголога для невідкладного лікування.

Результати дослідження. Огляд та анкетування 182 пацієнтів із сагітальними аномаліями прикусу показали, що переважну більшість становили діти, у яких в анамнезі були порушення носового дихання – 151 особа (83%), із них 89 осіб (59%) – II стадія, 56 осіб (37%) – III стадія, 6 осіб (4%) – IV стадія – з тяжкими ознаками хронічного ротового дихання. Усіх цих дітей було направлено на консультацію та лікування до ЛОР-спеціаліста для першочергового усунення етіологічного чинника ЗЩА. Серед усіх (182 пацієнта) анкетованих у 31 особи (17%) наявних порушень носового дихання не виявлено.

Висновки. Результати проведеного дослідження засвідчили, що у переважної більшості пацієнтів із сагітальними аномаліями прикусу були певні порушення носового дихання і вони потребували консультації, а в деяких випадках і невідкладного лікування в отоларинголога. Таким чином, визначення та своєчасне усунення наявно-

сті критерію ЛОР-патології у пацієнтів із сагітальними аномаліями прикусу дало змогу провести адекватне прогнозоване лікування та комплексну реабілітацію пацієнтів.

ЗБЕРЕЖЕННЯ ЦІЛОСТІ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕННЯ ОКЛЮЗІЇ ТА РОЗВИТКУ ВСЬОГО ОРГАНІЗМУ ДИТИНИ

Фліс П.С., Вознюк В.П., Петрусь В.В., Табачок Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Тимчасові зуби – одна з генерацій, що існує певний проміжок часу. Саме в цей період відбувається формування над важливих анатомічних структур та функцій жувального апарату.

Основним чинником формування зубощелепної системи є спадковий. У період формування та росту зуби перебувають під впливом різноманітних чинників зовнішнього та внутрішнього середовища, які відбиваються на швидкості росту, ступені мінералізації та термінах прорізування зубів [1]. Однак існують патологічні процеси, які спричиняють руйнування і навіть передчасне видалення зубів, що неприпустимо в ранньому дитячому віці. Серед основних причин цього патологічного процесу можна назвати карієс та його ускладнення [2]. За даними фахівців дитячої стоматології, 94% дітей України мають каріозні ураження зубів.

Дефекти коронок зубів різного походження найбільш рання та поширена форма порушень зубощелепного апарату. У разі зруйнованої жувальної поверхні тимчасових молярів відбуваються зниження висоти прикусу, зубоальвеолярне видовження навпроти розташованих зубів, зміни нахилу передніх зубів.

Руйнування апроксимальних поверхонь коронок тимчасових молярів призводить до мезіального зсуву позаду розташованих зубів, укороченню зубної дуги, неправильного положення окремих зубів, ретенції їх, порушення прикусу.

На певних етапах руйнування коронкової частини тимчасових зубів унаслідок карієсу та інших патологічних процесів використовують різні пломбувальні матеріали, щоб забезпечити цілість коронко-

вої частини зуба. Однак такі заходи не завжди забезпечують надійний захист від можливого повторного руйнування зуба. У більшості випадків це пов'язано з тим, що не завжди враховується ступінь руйнування коронкової частини зуба та можливість повторного лікування. Термін слугування пломб у тимчасових зубах має відповідати терміну фізіологічної зміни їх.

Мета дослідження: підвищити ефективність збереження тимчасових зубів до фізіологічної зміни їх шляхом використання індивідуальних штампованих тонкостінних коронок та запобігти порушенню оклюзії.

Матеріали і методи. У разі значного руйнування коронкової частини зубів різного походження та локалізації у дітей віком від 3 до 7 років використовували індивідуальні штамповані тонкостінні коронки на зуби щодо яких враховували такі критерії:

- проводили повторне терапевтичне лікування;
- дефекти на двох та більше поверхнях;
- дефекти на двох апроксимальних поверхнях;
- депульповані зуби;
- патологічна стертість

Результати дослідження. У всіх пацієнтів, у яких тимчасові моляри були вкриті індивідуальними тонкостінними штампованими коронками, спостерігали збереження зубів до терміну фізіологічної зміни їх. Із 200 обстежених та взятих на лікування дітей у 6 спостерігали розцементування коронок (у 4 із них спостерігали значне каріозне руйнування зубів, у 2 – патологічну стертість).

Висновки. Унаслідок проведених обстежень та лікування встановлено що, використовуючи індивідуальні штамповані тонкостінні коронки в разі значного руйнування тимчасових молярів, забезпечувалося збереження їх до терміну фізіологічної зміни, тоді як пломбовані зуби потребували неодноразового лікування, а в деяких випадках унаслідок ускладнень проводили видалення їх.

Література

1. Вознюк В.П. Діагностика та ортопедичні методи лікування дефектів коронкової частини зубів у дітей: Дис. ...канд. мед.наук.– Київ, 2006.– С.48–60.
2. Фліс П.С. Дитяче зубне протезування – К.: ВСВ «Медицина», 2010.– С. 73–104.
3. Терапевтическая стоматология детского возраста / Под ред. Л.А. Хоменко, Л.П. Кисельниковой. – К.: Книга-плюс, 2013. – С. 269–270.

4. Каськова Л.Ф. Поширеність та інтенсивність карієсу тимчасових зубів у дітей з родин ліквідаторів аварії на ЧАЕС // Вісник стоматології, 2000. – №2. – С. 51–52.
5. Хоменко Л.А. Терапевтична стоматологія дитячого віку. – К.: «Книга плюс», 1991. – С. 123,141.
6. Хоменко Л.О. Стоматологічна профілактика у дітей. – Київ, 1993. – С.3.

ДИСТАЛІЗАЦІЯ МОЛЯРІВ НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕПІ ЗА ДОПОМОГОЮ ДИСТАЛІЗАТОРА З ОПОРОЮ НА МІНІ-ІМПЛАНТИ В ДІЛЯНЦІ СЕРЕДИННО-ПІДНЕБІННОГО ШВА

Фліс П.С., Канюра О.А., Ращенко Н.В., Коваленко А.О., Мельник Б.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Сучасна ортодонція ставить нові виклики, які потребують сучасних рішень. Включення скелетного анкеражу в клінічну практику стоматолога-ортодонта є безальтернативним кроком до стабільного контролю опори та переміщення зубів у всіх трьох площинах. Міні-імпланти є універсальним і потужним доповненням у лікуванні складних ортодонтичних випадків для одержання безкомпромісного результату.

Мета роботи: пошук найбільш прогнозованого та ефективного використання апаратів для дисталізації молярів з опорою на міні-імпланти серед наявних досліджень.

Матеріали і методи. Нами було вивчено 22 статті про використання міні-імплантів для дисталізації молярів верхньої щелепи. Проведено диференціальну діагностику наявних досліджень, пов'язаних з вибором апарата для дисталізації зубів з опорою на міні-імпланти.

Результати дослідження. Безумовно, використання міні-імплантів для дисталізації молярів верхньої щелепи дає змогу ортодонтів запобігти рецидивам, пов'язаним з небажаним переміщенням зубів. Метод дисталізації молярів з встановленням міні-імпланта міжкоренево зі щічного боку альвеолярного відростка обмежує обсяг переміщення зуба. Цей метод потребує двоетапного лікування: безпосереднього переміщення молярів та ретракції премолярів і фронтальної групи зубів. Більше того, необхідність зміни локації міні-імпланта між цими етапами може призвести до втрати анкеражу і не є зручним як для лікаря, так і для пацієнта [1,2,7].

Для більш прогнозованої та стабільної дисталізації молярів створено модифікації дисталізатора з використанням опори на міні-імпланти. Застосування апаратів для дисталізації з опорою на міні-імпланти в ділянці серединно-піднебінного шва суттєво збільшує діапазон дисталізації та поліпшує контроль переміщення молярів [Richard R.J. Cousley] [3].

Плануючи дисталізацію верхніх молярів, потрібно звернути увагу на форму піднебіння, оскільки високе склепіння піднебіння ускладнює доступ для встановлення міні-імпланта і дисталізатора. Значну роль у стабільності використання кісткового анкеражу є товщина та щільність кортикальної кістки. Підтвердженням цьому є комбіновані досліді, проведені на штучній кістці, експерименти на тваринах та в клініці [Ibrahim Erhan Gelgor]. Зазвичай товщина кортикальної кістки становить 1–2 мм [4], тому вибір локації встановлення міні-імплантів є найважливішим. Після докладної діагностики, оцінювання доцільності використання кісткового анкеражу та вибору конструкції дисталізатора потрібно визначити найбільш вдале місце для встановлення міні-імплантів. Орієнтирами для стабільної локації встановлення міні-імплантів виділяють дві основні точки: 6–9 мм дистально від різцевого отвору та 3–6 мм латерально від серединної лінії [3,6,7].

Проведено порівняльну характеристику використання двох варіантів конструкцій дисталізатора з опорою на міні-імпланти. Першим є дисталізатор із розширювальною спіральною пружиною. Недоліком цієї конструкції є обмежений діаметр відрізка дуги дисталізатора (до 0,7 мм), а тому і зменшення її жорсткості, що потенційно може призвести до втрати анкеражу. Другим варіантом конструкції є дисталізатор з тягою. Відсутність пружини для розширення дає змогу використовувати дугу більшого діаметра, що зменшує ризик її вигину та небажаної втрати анкеражу, що дає можливість прогнозувати більш контрольовані та стабільні переміщення зубів [Sergio Andres Escobar; Richard R.J.Cousley] [4,5].

Висновки. Результати проведених досліджень підтверджують, що в разі використання дисталізатора з опорою на міні-імпланти на верхній щелепі відбувається більш контрольована та прогнозована дисталізація молярів з низькими показниками ускладнень, але відсутність віддалених результатів залишає потребу у вивченні цієї тематики актуальною.

Література

1. Gelgor I.E., Karaman A.I., Buyukyilmaz T. Comparison of 2 distalization systems supported by intraosseous screws. Am J Orthod Dentofac Orthop 2007; 131: 161.e1 – 161.e8.
2. Escobar SA, Tellez PA, Moncada CA et al. Distalization of maxillary molars with the bone-supported pendulum: a clinical study. Am J Orthop 2007; 131: 545–549
3. Річард Коуслі. Клінічний довідник по ортодонтичним міні-імплантам, 2013. – С.77, 80.
4. Lemieux G., Hart A., Cheretakis C., et al. Computed tomographic characterization of mini-implant placement pattern and maximum anchorage force in human cadavers. Am J Orthod Dentofac Orthop 2011; 140: 356–365.
5. Ravinda Nanda, Flavio Urube, Sumit Yadav. Temporary Anchorage Devices in Orthodontics. 2020. – С. 71–89.
6. Jae Hyun Park. Temporary Anchorage Devices in Clinical Orthodontics. 2020; 53–60; 69–76; 99–105.
7. Charles J. Burstone, Kwangchul Cho, The Biomechanical Foundation of Clinical Orthodontics; 2015, 433–451.
8. Moschos A. Papadopoulos. Skeletal Anchorage in Orthodontic Treatment of Class II Malocclusion: Contemporary applications of orthodontic implants, miniscrew implants and mini plates. 2015.
9. Скандер Эллуз, Франсуа Дарке. Мини-имплантаты. Ортодонтия будущего, 2021. – 280 с.

ТРАНСПОЗИЦІЯ ЗУБІВ (ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД)

Фліс П.С., Мазка В.В.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
кафедра ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Транспозиція зубів – рідкісна і складна ортодонтична патологія зубощелепного апарату, при якій зуби міняються місцями. Транспозиція може бути однобічна чи двобічна, і на нижній і верхній щелепах [1, 7, 8].

Розрізняють повну і часткову (неповну, паралельну, псевдотранспозицію) транспозицію. При повній відбувається переміщення коронок і коренів двох зубів, при частковій – переміщення лише коронок, корені залишаються у своєму нормальному положенні або навпаки [2, 4, 13].

За даними світової літератури, частота транспозиції в середньому становить 0,2–0,3%. Доведено, що транспозиція зазвичай виникає на верхній щелепі (70–85%), у 88 % випадків є однобічною. Це зумовлено тонкою кортикальною пластинкою та меншою щільністю губчастої

речовини верхньої щелепи. Найчастіше процес транспозиції відбувається між іклами та першими премолярами [4, 5, 12].

Етіологія виникнення транспозиції до кінця не з'ясована, але існують чинники, які можуть спричинити цей процес. Насамперед це спадковість, неправильна закладка зачатків зубів, внутрішньоокісткова міграція зубів у процесі одонтогенезу, переміщення зубів під час їх прорізування, травма, тривале перебування тимчасових зубів у щелепі, механічні перешкоди, що спричиняють зміщення зубів [3, 4, 6, 12].

У класифікації ВООЗ транспозиція належить до аномалій положення зубів. Калвеліс Д.А. вважає транспозицію аномалією зубних рядів [8, 9].

У 1995 р. Peck L. та Peck S. запропонували наступну класифікацію транспозиції зубів:

- ікло верхньої щелепи – перший премоляр,
- ікло верхньої щелепи – латеральний різець,
- ікло верхньої щелепи – перший моляр,
- латеральний різець – центральний різець,
- ікло верхньої щелепи – центральний різець,
- ікло нижньої щелепи – латеральний різець [10].

Діагностика транспозиції зубів базується на клінічному обстеженні ротової порожнини, фотометрії, антропометричному дослідженні гіпсових (сканованих) моделей щелеп та рентгенологічних методах обстеження (ортопантомографія, цефалометрія, комп'ютерна томографія), що дозволяють оцінити стан зубощелепного апарату. Найінформативнішим методом є комп'ютерна томографія, завдяки якій можна докладно вивчити взаєморозміщення зубів, розмір їхніх коренів та коронок, товщину та щільність кісткової тканини навколо зубів [2, 5, 13].

Під час планування лікування враховують локалізацію та вид транспозиції, вид прикусу, розмір та форму транспозиційних зубів і їхніх коренів, ступінь зміщення зубів та нахил коренів, естетичні чинники.

У сучасній літературі протоколи лікування відсутні, але є такі варіанти:

1. У разі виявлення транспозиції на ранніх стадіях рекомендується видаляти тимчасові зуби. Ця процедура спрямована на повернення переміщеного зуба в нормальне положення. Цей метод можливий тільки при псевдотранспозиції.

2. Встановлення зубів у зубній дузі в їхньому транспозиційному положенні, після чого естетичне та функціональне відновлення зубів терапевтичним або протетичним методом.
3. Видалення одного або двох транспозиційних зубів. Цей метод застосовують у разі недорозвинення одного зуба або ураження його каріозним процесом (дефект коронкової частини зуба), після чого ортодонтичне переміщення дистопованих зубів у правильне положення та (або) протетичне заміщення.
4. Ортодонтична корекція транспозиційних зубів, тобто повне переміщення їх. Метод вважається складним, оскільки потребує більше часу на лікування, підвищує ризики втрати кісткової тканини та резорбції коренів [2, 4, 7, 9, 13, 14].

Більшість науковців схиляються до думки, що повну корекцію транспозиції зубів у більшості випадків проводити неможливо або недоцільно, оскільки це може спричинити ураження тканин пародонта (рецесії ясен), втрату кісткової тканини з вестибулярного боку альвеолярного відростка [7, 9, 13].

Література

1. Orthodontics. Dentognathic Anomalies and Deformations: textbook / Flis P.S., Leonenko G.P., Filonenko V.V., Doroshenko N.M.; Edited by Professor P.S. Flis. – Kyiv: AUS Medicine Publishing, 2015. – 176 p.
2. Flis P., Filonenko V., Doroshenko N. Tactics of treatment of teeth transposition (Case reports) // Georgian Medical News, 2018. – № 5 (278) – P. 55 – 62.
3. Dayal, P.K. Transposition of canine with traumatic etiology / P.K.Dayal // Journal Ind Dent Assoc., 1983. – Vol. 55. – P. 283–285.
4. Москалёва И.В. Тактика врача-ортодонта при лечении транспозиции зубов / И.В. Москалёва, А.С. Корнеева, Е.В. Кулецакая // Стоматологический журнал. – ООО «Полиграфт», 2000. – Т. XIII. – № 3. – С.233–239.
5. Пилипів Н.В. Діагностика та способи лікування транспозиції зубів / Н.В. Пилипів // Вісник стоматології, 2013. – № 1. – С. 193.
6. Chattopadhyay A. Transposition of teeth and genetic etiology / A.Chattopadhyay, K.Srinivas // Angle Orthod., 1996. – Vol. 66. – P.147–152
7. Elizabeth C. Weeks The presentations and management of transposed teeth / Elizabeth C.Weeks // Br Dent Journal, 1996. – Vol.181. – P.421–424.
8. Flis P.S. Orthodontics: Textbook / P.S. Flis, M.A. Omelchuk, N.V. Rashchenko [et al.]. – Kyiv: Medicine, 2008. – 336p.
9. Loptook T. Canine transposition approaches to treatment / T.Loptook, G.Siling // Journal Am Dent Assoc., 1983. – Vol.107. – P.746–748.
10. Peck S. Classification of maxillary transpositions / S.Peck, L.Peck // Am J Orthod Dentofacial Orthop., 1995. – Vol.107. – P. 505–517.

11. Nicola J. Dental transposition as a disorder of genetic origin / J.Nicola, S.Martin // *European Journal of Orthodontics*, 2006. – Vol.28. – P.145–151.
12. Matsumoto M.A.N. Tooth transposition: a multidisciplinary approach / M.A.N. Matsumoto, M.B.S. Stuari // *Dental Press Journal of Orthodontics*, 2018. – Vol. 23. – P. 97–107.
13. Sato K. An orthodontic case of transposition of the upper right canine and first premolar / K.Sato, Y.Masahiko // *Angle Orthod.*, 2002. – Vol.72. – P.275–278.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ОРТОДОНТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

Фліс П.С., Омельчук М.А., Бобокал А.М., Омельчук К.М., Циж А.В., Кириченко Н.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Проблема надання допомоги дітям з ортодонтичними патологіями залишається актуальною тому, що більшість населення України має патології розвитку зубо-щелепного апарату. Аналіз поширеності зубо-щелепних аномалій серед дітей та дорослих дає змогу зробити висновок, що кількість пацієнтів, які звертаються по ортодонтичну допомогу, з віком не зменшується. Результати епідеміологічних досліджень свідчать про погіршення стоматологічного статусу населення України, особливо дитячого. Певною мірою на це вплинули негативні зміни екологічного середовища, економічні та соціальні чинники.

Порушення росту і розвитку зубо-щелепного апарату призводять до ортодонтичних патологій, що можуть бути спричинені різними етіологічними чинниками, мати спадковий характер, бути наслідком хвороби матері під час вагітності, пологової травми, хвороб раннього дитячого віку тощо. Доволі частою причиною ортодонтичних патологій є порушення функції дихання, неправильний тип ковтання та артикуляції язика, шкідливі звички. Особливу роль у виникненні ортодонтичної патології відіграє низький рівень профілактичних заходів. Це пояснюється в першу чергу тим, що пацієнти звертаються в клініку несвоєчасно, стоматологи не приділяють достатньої уваги функції тимчасових зубів та ролі їх у розвитку зубо-щелепних аномалій. Дефекти коронкової частини тимчасових зубів та передчасна втрата їх призводять не лише до функціональних порушень, а й до затримки розвитку щелеп, порушення формування зубних рядів та виникнення аномалій положення окремих зубів з дефіцитом місця в

зубній дузі. Усе це робить ортодонтичне лікування довготривалим. Вибір методу лікування залежить від виду аномалії, віку пацієнта, ступеня формування зубо-щелепної патології, порушення функцій жування, дихання, ковтання тощо. Ефективність лікування залежить від своєчасного виявлення патології, діагностики, часу початку лікування та психологічного стану пацієнта.

Результати клінічних спостережень свідчать про те, що нерідко ортодонтичні патології є ускладненнями неадекватного апаратурного лікування ортодонтичних хворих без урахування клінічної форми аномалії, ступеня її важкості, вікових особливостей. Частим недоліком лікування є нерівномірність переміщення зубів у горизонтальній площині, яка виникає внаслідок помилкового напрямку зусилля, прикладеного до зубів з боку апарата, не узгодженого з кількістю і розташуванням переміщуваних зубів. Недоліком існуючих способів лікування ортодонтичної патології є й те, що тиск на зуби здійснюється через дротяні кламери, які травмують слизову оболонку порожнини рота. Цим пояснюється доволі висока частота ускладнень після лікування.

З віком посилення деформації кісток лицевого скелета збільшує асиметрію обличчя. У старшому підлітковому віці лікування таких хворих стає довготривалим і малоефективним, що пояснюється несвоєчасним зверненням до ортодонта.

Значна кількість праць, розміщених в іноземній та вітчизняній літературі, присвячена аномаліям зубних рядів. Останні наукові дані щодо аномалій зубних рядів були висвітлені в Україні у 2000 році (Куліш Н.В. «Морфологічні та естетичні зміни у дітей 6–12 років при лікуванні різних форм перехресного прикусу»). Більшість праць спрямовані на вивчення поширеності, клінічних форм, розробки більш сучасних засобів діагностики та лікування. Але зацікавленість перехресним прикусом серед дослідників має періодичний характер. Не всі питання розв'язано із саморегуляцією, не все з'ясовано при яких формах аномалій зубних рядів і в якому віці відсоток саморегуляції є найвищим. Обмаль повідомлень про взаємозв'язок цієї аномалії з ранньою втратою тимчасових та постійних зубів.

Вибір способу лікування аномалій зубних рядів має враховувати етіологію та форму аномалії, вік пацієнта, ступінь формування зубо-щелепного апарату, наявність патології функції жування. Ефективність лікування залежить від правильної діагностики, від термінів

виявлення патології і розпочатого лікування, від психологічного стану пацієнта, його бажання лікуватися.

Обмаль відомостей щодо принципів лікування аномалій зубних рядів з визначенням ступеня функціональних, морфологічних та естетичних порушень. Різноманітність класифікацій, інформації про поширеність, поліетіологічність та складність у лікуванні аномалій зубних рядів потребує більшої уваги до розв'язання питань щодо цієї патології зубо-щелепного апарату.

У лікувальному процесі потрібно враховувати вік пацієнта, використовувати природні тенденції зубів до переміщення і росту скелета. Аномалії положення окремих зубів найчастіше поєднуються з аномаліями форми зубних рядів та дефіцитом місця в них для окремо стоячих зубів. Отже, однією із цілей ортодонтичного лікування цієї патології є створення місця в зубній дузі.

Незважаючи на існуючі методи діагностики та прогнозування ортодонтичної патології, деякі питання лишаються недостатньо висвітленими. Насамперед потребує уваги питання ранньої діагностики, вибору методу лікування та профілактики ортодонтичної патології згідно з клінічною картиною та віком пацієнта.

ПЛАНУВАННЯ ОРТОДОНТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ І ОБСЯГИ ПОСЛУГ, ЯКІ ЗГІДНО З НОРМАТИВОМ РОЗРАХОВАНІ НА ОДНУ ДИТИНУ

Фліс П.С., Омельчук М.А., Вознюк В.П., Омельчук К.М., Кириченко Н.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Фундаментальну роль у плануванні ортодонтичного лікування відіграє діагностика зубо-щелепних аномалій та деформацій.

Трансверзальні розміри зубних рядів у тимчасовому прикусі визначають за методикою Moorrees. У змінному прикусі, коли горбки тимчасових іклів уже значно стерті і відсутність їхньої вершини є перешкодою до проведення дослідження, нами використано метод Moorrees у модифікації Л.С. Андрєєвої. Методика дослідження полягає в такому: помічали середину піднебінної поверхні клінічної коронки лівого та правого тимчасових іклів у ділянці ясенного краю. Відстань між цими точками вимірювали за допомогою штангенцир-

куля. Показники визначали в міліметрах. Дослідження проводили на верхній та нижній щелепах до і після завершення лікування або на проміжному етапі.

Для визначення сагітальних розмірів зубної дуги – встановлення довжини зубного ряду в період змінного прикусу – використовували метод М.З. Мергазізова. Методика цього дослідження полягає в такому: від міжрізцевої точки умовно опускали перпендикуляр на лінію, що проходить по мезіальних поверхнях перших постійних молярів. Довжину перпендикуляра визначали в міліметрах. Вимірювання проводили на верхній та нижній щелепах до початку лікування і після його завершення або на проміжному етапі.

Для визначення довжини апікальних базисів щелеп на гіпсових моделях використали метод Nance у модифікації Л.С. Андреевої. Вимірювання проводили за допомогою дротяної лігатури, починаючи від медіальної поверхні коронки першого постійного моляра з одного боку до аналогічної точки з іншого боку зубного ряду по вестибулярних горбиках бічних зубів і по різальних краях передніх зубів. Довжину дротяної лігатури визначали в міліметрах. Дослідження на верхній та нижній щелепах проводили до і після лікування або на проміжному етапі.

Враховуючи, що офіційний статистичний облік стоматологічної захворюваності відсутній, то надважливим показником для планування стоматологічної допомоги дитячому населенню є вивчення захворюваності за матеріалами звернень по стоматологічну допомогу. Встановлено, що кількість первинних звернень на 1000 дитячого населення з року в рік зростає, частота звернень дитячого населення до стоматологів упродовж 5 років зросла на 15,8%. Така динаміка зумовлена активним медичним спостереженням за дитячим населенням, проведенням диспансеризації і планової санації порожнини рота у школярів. Проте відповідного збільшення фінансування дитячих амбулаторно-поліклінічних установ не відбувається.

Результати проведеного дослідження свідчать, що впродовж останніх років у стоматологічній дитячій поліклініці сформувалася тенденція до зростання кількості відвідувань у розрахунок на одного стоматолога з 9,8 до 13,5 на день. Аналогічна тенденція характерна для первинних відвідувань, кількість яких за досліджуваний період зросла з 3,4 до 4,09. Середня кількість вироблених одиниць 2020 року в наданні лікувально-профілактичної допомоги УОП стоматологами

в розрахунку на одну дитину, яка звернулася по стоматологічну допомогу, становила 28,4 УОП.

Для забезпечення нормальних організаційно-економічних стосунків у дитячих бюджетних стоматологічних поліклініках з урахуванням наведених даних ми вважаємо за необхідне розробити територіальну програму гарантій надання стоматологічної допомоги дітям. Основний принцип програми полягає у визначенні подушового нормативу стоматологічної допомоги на одну дитину на місяць (рік) у гривнях. Тоді оплата і якість послуг відповідатимуть певним вимогам, а назва і статус лікувально-профілактичного закладу – змісту роботи. У системі муніципального замовлення з'явиться можливість планувати кадровий лікарський склад для виконання муніципального замовлення і перелік гарантованих стоматологічних послуг.

Наведемо приклад розрахунків формування муніципального замовлення в міській дитячій стоматологічній поліклініці, яка обслуговує 10 тис. дітей. Якщо допустити, що подушовий норматив на одну дитину становить 65,0 грн., то плановане фінансування поліклініки, яка обслуговує 10 тис. дітей, становитиме 650 000 грн. на рік.

Заробітна плата стоматолога-терапевта становить 17,0% від 650 000 грн. (частка заробітної плати стоматолога-терапевта у вартості послуг), тобто становить 110 500 грн. Тарифна ставка стоматолога-терапевта 1-ї категорії з урахуванням надбавки за тривалість безперервної роботи, становить 989 грн. Відповідно за рік становитиме 11 869 грн. Отже, для виконання муніципального замовлення на обслуговування 10 тис. дітей стоматологами-терапевтами за вказаних обсягів фінансування необхідно 9,3 лікарських посад (110 500:11869 = 9,3).

На підставі вказаних розрахунків нескладно визначити перелік гарантованих у системі муніципального замовлення стоматологічних послуг із зазначенням матеріалів і медикаментів, що їх будуть використовувати, та обсягу їх, вираженого в УОП. У разі середньої кількості УОП на день на 1 лікарську посаду – 25 УОП і 22 робочих днів на місяць вийде 550 УОП на місяць на одну посаду лікаря. На 9,3 лікарських посад буде відповідно 5115 УОП на місяць ($550 \times 9,3 = 5115$) та 61 380 УОП на рік ($5115 \times 12 = 61\,380$).

У разі середнього числа відвідувань на день 13,5 до одного стоматолога і 22 робочих днів на місяць одна лікарська посада забезпечить прийом $13,5 \times 22 = 297$ пацієнтів, за рік $297 \times 12 = 3564$ пацієнта, із них $4,09 \times 22 \times 12 = 1079,7$ первинних.

Подібним чином можна провести розрахунки для всіх груп стоматологів. За нашими даними, із загальної кількості дитячих стоматологів 50,6% доводиться на стоматологів-терапевтів; 18,7% – стоматологів – ортопедів; 6,9% – стоматологів – ортодонтів.

Результати цього дослідження доцільно враховувати під час планування коштів бюджету. Чітке визначення обсягів безкоштовної медичної допомоги і умов її надання забезпечить надання максимально можливого обсягу безкоштовної стоматологічної допомоги дитячому населенню. Планування стоматологічної допомоги має ув'язувати ресурси і обсяги послуг, які розраховані згідно з подушовим нормативом на одну дитину.

Таким чином, орієнтація на пацієнта є ключовим принципом організації системи управління стоматологічною допомогою дитячому населенню. Аналіз захворюваності та економічних показників своєю чергою дає змогу всебічно оцінити фінансову ситуацію і намітити шляхи подальшого вдосконалення діяльності.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АНОМАЛІЙ ПОЛОЖЕННЯ ЗУБІВ ТА ПРИКУСУ З УРАХУВАННЯМ ВІКУ ПАЦІЄНТІВ

Фліс П.С., Омельчук М.А., Леоненко Г.П., Омельчук К.М., Кириченко Н.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології,
м. Київ, Україна

Для лікування аномалій положення окремо стоячих зубів та прикусу в Україні і в світі використовують знімні ортодонтичні апарати. У період сформованого прикусу за наявності показань ефективніше використовують незнімну апаратуру.

Дані літературних джерел свідчать про значну варіабельність цієї патології, як самостійної, так і ускладненої патологічними прикусами та зубо-щелепними деформаціями. Немає чіткої розмежованості, який відсоток займає та чи інша патологія аномалій окремих зубів, як самостійно, так і з якими аномаліями та деформаціями частіше поєднується.

Аномалія положення та форми зубів є найбільш поширеною зубо-щелепною патологією і трапляється в усіх вікових групах, що становить 11,0–56,0 % кількості обстежених.

Під час лікування пацієнта в період формування прикусу потрібно враховувати і використовувати природні тенденції зубів до переміщення і зміни скелета, що відбуваються. Це здійснюється лише за умови правильного вибору ортодонтичного апарата. Вибір методу лікування залежить від виду аномалії, віку пацієнта, ступеня формування зубо-щелепного апарату, наявності патології функцій жування, дихання, ковтання тощо. Ефективність залежить від правильної діагностики, від того, коли виявлено патологію і коли розпочато лікування, від психологічного стану пацієнта. Концепція раннього лікування ортодонтичних порушень домінує давно. Для виправлення їх найчастіше використовують знімні функціональні апарати. Щодо переваг функціональної терапії в ранньому віці не можна не погоджуватися. Але головними недоліками її є ускладнена адаптація пацієнта, зумовлена громіздкістю апарата, складність у виготовленні та необхідність корекції перед початком і в процесі лікування. Окрім цього, деякі недоліки не здійснюють вираженого впливу на м'які тканини порожнини рота, розміщення язика під час ковтання, усунення ротового дихання та інші шкідливі звички. У процесі лікування існує ймовірність травм м'яких тканин, а також негативні функціональні зміни, спричинені самим ортодонтичним апаратом, що доведено експериментально.

Запропонований нами ортодонтичний апарат для розширення зубної дуги нижньої щелепи, що містить опорну та рухому капи, який відрізняється тим, що він додатково містить пружну дугу, яка виготовлена з ортодонтичного дроту і закріплена кінцями в опорній та рухомій капах. Опорна капа виконана з оклюзійною поверхнею, що має відбиток протилежного зубного ряду, а рухома капа – з плоскою оклюзійною поверхнею, оберненою в бік протилежного зубного ряду.

Матеріали і методи. 85 дітей та підлітків віком від 2 до 16 років, які перебували на лікуванні, було розподілено на три вікові групи з урахуванням періоду прикусу, а саме: 1-а група – 35 пацієнтів віком від 2 до 5 років включно, які мали тимчасовий прикус, 2-а група – 29 пацієнтів віком від 6 до 11 років зі змінним прикусом, 3-я група – 21 пацієнт віком від 12 до 16 років з постійним прикусом. Загальна характеристика пацієнтів за груповою належністю, віком та статтю свідчить про те, що найбільшу кількість становлять пацієнти 1-ї вікової групи з тимчасовим прикусом.

Результати дослідження. Вивчено 1535 історій хвороб пацієнтів, які перебували на лікуванні в ортодонтичному відділенні стоматологічної клініки НМУ імені О.О. Богомольця на кафедрі ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології. Серед 1535 хворих з різними формами зубощелепних аномалій 139 (9%) віком від 7 до 14 років потребували лікарської допомоги з приводу повороту навколо осі одного чи кількох зубів. У 127 (91%) осіб тортоаномалія поєднується з іншими аномаліями зубних рядів і прикусу. Поворот 11,21 зубів навколо повздовжньої осі спостерігали у 35 (25%) дітей, 12,22 – у 60 (43%), 11,12,21,22 – у 10 (7%), іклів – у 8 (5%) і 31,32,41,42 – у 26 (20%) пацієнтів. Ступінь повороту зубів становив від 10 до 180 градусів. Ці зуби часто були причиною естетичного незадоволення, травми слизової оболонки губ, язика.

Висновки. Розроблено нові конструкції ортодонтичних апаратів з рухомою похилою площиною для лікування сагітальних аномалій прикусу, використання яких дає змогу підтримувати стабільне ортодонтичне зусилля завдяки пружним шарнірам, що змінюють жорсткість їх. Рухома похила площина впливає на зубо-щелепний апарат не лише під час ковтання, а й в стані фізіологічного спокою.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РЕТЕНЦІЙНИХ АПАРАТІВ ДЛЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ

Фліс П.С., Омельчук М.А., Ращенко Н.В., Омельчук К.М., Кириченко Н.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Аномалії прикусу проявляються місцевими та загальними порушеннями організму, впливають на розвиток суміжних органів і всього організму в цілому. Дистальний прикус супроводжується певними морфологічними, функціональними та естетичними змінами: зменшенням обсягу носових порожнин, порушенням пневматизації повітряноних пазух черепа та порушенням динамічної рівноваги м'язів навіколоротової ділянки і язика, при яких потерпає ціла низка функцій дитини, а саме порушення функції зовнішнього дихання, мовлення, функції жування та ковтання.

Мета дослідження. На сьогодні зусиллями багатьох спеціалістів, у тому числі українських, досягнуто певні успіхи в ортодонтичному лікуванні окремих форм дистального прикусу. Кількість успішно завершених випадків лікування дистального прикусу коливається від 30 до 80%. Однак наявність помилок і ускладнень під час лікування дистального прикусу, поява рецидивів захворювання у вигляді подвійного прикусу, що потребує повторного, нерідко і безуспішного лікування, свідчать про те, що проблема ще далека від свого остаточного розв'язання. Очевидно, назріла необхідність комплексного підходу до профілактики та лікування дистального прикусу, який би включав заходи, спрямовані на подолання як саме зубо-лицевої аномалії, так і порушень функції жувальних та м'язів, оскільки ці дві патології нерозривно пов'язані між собою не лише в процесі профілактики і лікування, а й у процесі життєдіяльності людини взагалі, а тому потребують одночасних дій. Формування в дитини правильного прикусу забезпечить її здоровий розвиток і поліпшить якість життя.

Матеріали і методи. Після закінчення активного періоду лікування настає ретенційний період, який є завершальним етапом ортодонтичного лікування. Найчастіше в цьому періоді використовують ретейнери, серед яких є знімні та незнімні.

Ретенційний період може тривати як від кількох місяців до декількох років, так і довічно. Тривалість ретенції після завершення ортодонтичного лікування залежить від періоду формування прикусу, застосування функціональних або механічних методів лікування, наявності неусунених функціональних порушень і досягнутих наслідків лікування. Кожен випадок потребує індивідуального підходу, тому що ретенція залежить від багатьох чинників: віку пацієнта, вихідної клінічної ситуації, ступеня вираженості зубо-щелепної аномалії, плану лікування (з видаленням або без видалення окремих зубів), термінів активного періоду лікування, охайності пацієнта, конструктивних особливостей ортодонтичного апарата, створення функціональної оклюзії по завершенню лікування, наявності шкідливих звичок.

Результати дослідження. Незнімний ретейнер фіксують на стоматологічний композиційний матеріал до внутрішньої поверхні зубів, частіше від ікла до ікла. При цьому конструкція зазвичай непомітна, міцна, комфортна, пацієнт до неї швидко звикає. Існує багато інших конструкцій, але чітких рекомендацій щодо застосування їх немає.

Враховуючи різноманіття клінічних форм і проявів дистального прикусу, не останнє місце серед проблемних питань зубо-щелепних аномалій займає його діагностика, в основі якої лежить етіологічний чинник виникнення дистального прикусу. Для правильної діагностики аномалій оклюзії ортоданти прийняли проблемно-орієнтований підхід, розроблений у медицині і який дає змогу розглядати пацієнта в цілому. За такого підходу оцінюють кожен чинник, який може бути частиною етіології аномалії, може впливати безпосередньо на неї або на результати її лікування. Адже зубо-щелепний апарат функціонує завдяки складній взаємодії зубів, пародонта і щелеп, жувальних і м'яких м'язів, м'язів язика, ВНЩС і зв'язкового апарату, судинної і нервової систем.

Серед низки чинників, що спричиняють формування дистального прикусу, є спадковість. Обстеження продемонстрували високу частоту спадкових аномалій зубо-щелепного апарату та підтвердили поширений погляд на те, що спадкові чинники визначають розвиток щелеп і прикусу, тоді як зовнішні чинники здійснюють лише модифікаційну дію. 17–21 % аномалій зубо-щелепного апарату, у тому числі й прикусу, є генетично зумовленими спадковими чинниками, решта – придбані внаслідок дії несприятливих чинників довкілля. На основі використання клініко-геніалогічного методу, родоходів і сегрегаційного аналізу сімей пробандів із зубо-щелепними аномаліями виявлено вертикальний розподіл прогнатичного прикусу в осіб обох статей. Прогнатичний прикус має аутосомно-домінантний і мультифакторіальний тип успадкування. Встановлено вплив кровноспоріднених шлюбів на структуру патології зубо-щелепного апарату, який при прогнатичному прикусі становить 36,6 % випадків. При цьому популяційні та внутрішньосімейні (без урахування інбридинга) частоти прогнатичного прикусу становлять 10 і 15% відповідно. А внутрішньосімейний коефіцієнт інбридинга в сім'ях з аномаліями прикусу у 8,25 разу перевищує його середні популяційні значення. Такого роду відомості дають змогу кваліфіковано провести медико-генетичну консультацію, внаслідок якої хворі або їхні родичі отримують інформацію про успадкування патології, вірогідність її розвитку та способи запобігання їй. Існують відомості про аутосомно-домінантний тип успадкування діастеми, трем, скупченості зубів, аномалій положення окремих зубів, аномалій числа зубів. Прогнатія носить мультифакторіальний і аутосомно-домінантний тип успадкування, глибокий при-

кус – мультифакторіальний. Вважають за необхідне консультувати дітей з аномаліями прикусу у генетика.

Встановлено вірогідний зв'язок між частотою зубо-щелепних аномалій і порушенням носового дихання. Зубо-щелепні аномалії у дітей з патологією порожнини носа і глотки трапляються у 2,2 разу частіше ($84,7 \pm 2,7 \%$), аніж у дітей без ЛОР-захворювань ($38,7 \pm 1,9 \%$; $p < 0,001$). Встановлений вірогідний прямий зв'язок між утрудненим носовим диханням і звуженням зубних дуг, дисто-, мезіо- і дизоклюзією. Порушення функції дихання є однією з причин безуспішного лікування і рецидивів аномалій прикусу.

Висновки. Дистальна оклюзія має найбільший відсоток рецидивів. Рецидив після ортодонтичного лікування настає внаслідок особливостей оклюзійних співвідношень, генетично зумовленої невідповідності розмірів і форми зубів верхньої й нижньої щелеп, продовження росту щелеп, міофункціональної невідповідності через перерозподіл тонуусу жувальних м'язів після закінчення дії ортодонтичного навантаження

УДОСКОНАЛЕННЯ СПОСОБУ РЕТЕНЦІЇ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ

Фліс П.С., Омельчук М.А., Ращенко Н.В., Циж А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Дистальний прикус є однією з найпоширеніших аномалій прикусу, що призводить до певних морфологічних, функціональних та естетичних змін [1]. При цьому спостерігають порушення таких важливих функцій, як дихання, мовлення, жування та ковтання [2]. На сьогодні питання лікування аномалій прикусу, в тому числі й дистального, повністю не розв'язане [3]. Виникнення ускладнень під час лікування, рецидивів призводить до необхідності повторного, а нерідко довготривалого і безуспішного ортодонтичного лікування [4, 5].

Мета дослідження: дослідити ефективність застосування функціонального двощелепного ортодонтичного активатора для лікування дистального прикусу та утримання досягнутого результату.

Матеріали і методи. Нами взято на лікування 126 дітей з дисталь-

ним прикусом віком 9–12 років, яких було поділено на 2 групи залежно від типу дихання. 1-у групу склали 63 дитини з дистальним прикусом та носовим типом дихання. 2-у групу – 63 особи з дистальним прикусом та ротовим типом дихання. Усім пацієнтам на початку лікування та після його завершення проводили клінічні, антропометричні та міографічні дослідження. Лікування пацієнтів обох груп проводили з використанням функціонального двощелепного ортодонтичного активатора, який рекомендували застосовувати 16–18 год на добу протягом 6 міс. Корекцію проводили один раз на місяць. Пацієнтам 2-ї групи (з порушенням носового дихання) додатково призначали міогімнастику та дихальні вправи. Для визначення ефективності лікування контрольне міографічне дослідження проводили через 3, 6 міс та після завершення лікування. По завершенню активного періоду лікування для зменшення ризику розвитку можливих ускладнень запропоновано вдосконалений ретенційний апарат із застосуванням капронової нитки для утримання зубів у досягнутому положенні. Патент України UA 69560 від 25.04.2012р. [6].

Результати дослідження. Найефективнішою ретенції можна досягти застосовуючи ретейнер з дроту флекс та з капронової нитки, просоченої рідким фотополімером. Найоптимальніший спосіб фіксації незнімного ретенційного апарата полягав у такому: повне завершення активного періоду лікування; проведення контролю фігурно-бугоркового контакту; професійне чищення зубів; проведення рентгенконтролю для виявлення положення коренів зубів; виготовлення гіпсових моделей та фіксація їх в оклюдаторі; визначення точок контакту фронтальної групи зубів та місця розташування ретейнера в порожнині рота; виготовлення ретейнера непрямим способом з дроту флекс; фіксація ретенційного апарату в порожнині рота. Запропонований нами спосіб виготовлення і фіксація незнімних ретейнерів із застосуванням капронової нитки прямим способом дає змогу домогтися надійної довготривалої ретенції досягнутих позитивних результатів після активного ортодонтичного лікування.

Аналіз результатів досліджень дітей 2-ї групи (з дистальним прикусом та ротовим типом дихання) порівняно з пацієнтами 1-ї групи показав підвищення всіх вимірювальних ЕМГ-параметрів для скроневих м'язів (у межах $16\text{--}31,1 \pm 3,12\%$) і зниження – для власне жувальних та колового м'язів рота (в межах $17,0\text{--}29,8 \pm 3,09\%$ і $16,8\text{--}35,9\%$ відповідно). Загальне відхилення значень отриманих показників від нор-

ми коливається в межах $16,0-35,9 \pm 2,56\%$. Ці відхилення можуть бути розцінені як прояв формування патологічних реакцій м'язів, що супроводжується негативними змінами у зовнішньому вигляді пацієнта.

Висновки. У пацієнтів з дистальним прикусом лікування за допомогою знімного функціонально-діючого двощелепного ортодонтичного активатора сприяє відновленню міодинамічної рівноваги в зубо-щелепному апараті. Як результат, стабілізується оклюзія, поліпшується вираз обличчя пацієнта, його самооцінка і якість життя. Носіння незнімних ретейнерів із застосуванням капронової нитки дає змогу домогтися надійної тривалої ретенції досягнутих позитивних результатів після активного ортодонтичного лікування.

Література

1. Khudonogova E.Ya. [Treatment of distal occlusion in patients with disorders of the musculoskeletal system] [dissertation –14.00.21]. St. Petersburg, 2006 [in Russian].
2. McLaughlin R., Bennett D., Trevisy X. Systematized mechanics of orthodontic treatment / translation from English. Flis P.S. editor. Lviv: GalDent, 2005: 324 p. [in Russian].
3. Garbatsevich D.V. Treatment of distal mixed occlusion with standard and individually made functional devices [dissertation – 14.00.21]. Minsk, 2009. [in Russian].
4. Dubova O.M. Optimization of the results of orthodontic treatment in adult patients with distal occlusion [dissertation – 14.00.21]. Perm, 2008: 106 p. [in Russian].
5. Flis P.S., Kasyanenko D.M. The need to eliminate etiological factors in the treatment of distal occlusion through interaction with doctors of related specialties // Modern dentistry. 2014; 1: 30–3. [in Russian].
6. Abdullah Annan, Flis P.S. Retention method. Ukraine патент UA 69560. 2012 Apr 25. [in Ukraine].

THE ORTHODONTIC APPLIANCES FOR TREATMENT OF OPEN BITE BY P. FLIS – V. FILONENKO AND P. FLIS – O. TSYZH – V. FILONENKO

Flis P., Filonenko V., Tsyzh O.

Bogomolets National Medical University
Kyiv, Ukraine

In orthodontic practice, removable orthodontic appliances are used to treat deformations of the dentognathic apparatus, the components of which are plastic bases; elements of mechanical action; functional guiding and elements of functional action [1–3].

Early treatment of orthodontic disorders of the dentognathic apparatus

is the dominant concept in the treatment methods, since orthodontic pathology grows together and simultaneously with the child. In orthodontic practice for treat open bite used Andresen-Haupl's appliance, bionator Balters II type, Schwarz's appliance with occlusive side plates, open Clamt activator, Choroshilkina-Tokarevich appliance [1–3].

Given the high prevalence and variety of clinical manifestation of orthodontic pathology, the issue of creating new orthodontic structures or modification of existing appliances is relevant to date.

Aim: to create easy-to-use therapeutic-prophylaxis orthodontic appliances that can be used to treat open bite, with retrusion of upper front teeth which have increased efficiency and versatility.

Material and methods. For the manufacture of the proposed orthodontic appliances, we receive anatomical impression from the patient's upper and lower jaws and fix the individual constructive bite, cast the plaster models and plaster them into the articulator in the position of the constructive bite, bend the metal elements of the appliances then fixed it and a screw to the metal fastening models of jaws, simulate a plastic basis from self-correcting plastic, polymerize a appliances in pneumopolimerizator and process it and make sagittal cut symmetrical basis.

Results and discussion. Orthodontic appliance by P. Flis – V. Filonenko for the treatment of open bite (Ukraine's declarative patent No. 69548 for the utility model A61C7 / 00) contains a double-jaw plastic base, on the upper jaw – from the canine to the last molar, in the anterior third of the palate is absent, on the lower jaw – from the oral shields connected in the frontal area; universal orthodontic screw; multiple inclined plane; occlusive side plates; vestibular arc ($d = 0,6-0,8$ mm); Rudolf Loops (tongue valve, $d = 0.8-1$ mm); holding clamps (Fig. 1) [4, 6, 7].

On the upper jaw the basis goes from the line that connects the palatine surfaces of the canine to the line connecting the distal surfaces of the last molars, in the anterior third of the palate is absent. On the lower jaw, the anterior margin of the oral shields connected in

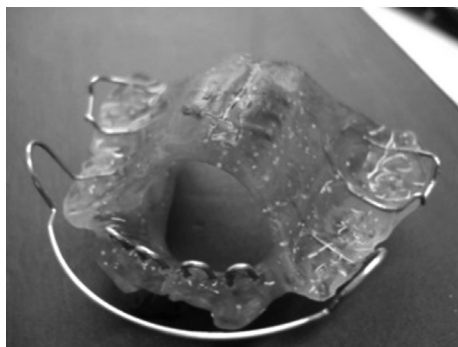


Fig. 1. Orthodontic appliance by P. Flis – V. Filonenko

the frontal area passes along the cutting edge of the lower frontal teeth, not covering it, the back – on the distal surface of the last lower molars, the lower – in the hyoid area. To eliminate the displacement of the lower jaw, occlusal side plates is modeled with reflections of the tubercles and fissure of the upper and lower side teeth to a higher physiological rest. A high construction of occlusive side plates (4–6 mm) causes additional stress on the lateral teeth and causes forces that contribute to their intrusions.

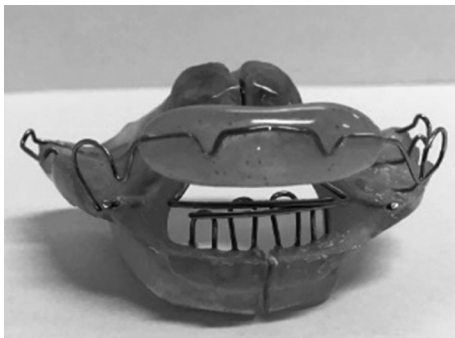


Fig. 2. Orthodontic appliance by P. Flis – O. Tsyzh – V. Filonenko

Clinical experience of using the orthodontic appliance by P. Flis – V. Filonenko pointed out the disadvantages in the patients with retrusion or normal torque of upper frontal teeth, undesirable oral displacement of the upper frontal teeth under the influence of pressure of the vestibular brace and upper lip on the front teeth orally. The location of a two-jaw plastic base on the upper jaw from the arch to the last molar does not prevent rapid dentolalveolar elongation, but does not take into account the need to change the inclination of the frontal teeth of the upper jaw in the vestibular direction.

The stated goal is achieved by introducing into the structure a lingual arc placed from the palatine side of the upper frontal teeth and a lip bumper located at a distance of 2–4 mm from the alveolar sprout of the upper jaw in the frontal section of the oral cavity (Ukraine's declarative patent No. 115089 for the utility model A61C7 / 00) (Fig. 2) [5–7].

Conclusion. Orthodontic appliances P. Flis – V. Filonenko and P. Flis – O. Tsyzh – V. Filonenko are expediently used for the treatment and prevention of development dentognathic anomalies and deformations, especially in open bite and anomalies of the individual teeth position.

REFERENCES

1. Flis P.S. Orthodontics: Textbook / P.S. Flis, M.A. Omelchuk, N.V. Rashchenko [et al.]. – Kyiv: Medicine, 2008. – 336p.

2. Orthodontics. Dentognathic Anomalies and Deformations: textbook / Flis P.S., Leonenko G.P., Filonenko V.V., Doroshenko N.M.; Edited by Professor P.S. Flis. – Kyiv: AUS Medicine Publishing, 2015. – 176 p.
3. Атлас ортодонтических аппаратов / [Куроедова В.Д., Ждан В.Н., Галич Л.Б. и др.]. – Полтава: Дивосвіт, 2011. – 154 с.
4. Патент 69548 на корисну модель А61С7/00. Ортодонтичний апарат П.С.Фліса – В.В. Філоненка для лікування відкритого прикусу. / П.С. Фліс, В.В. Філоненко; заявл. 16.02.12; опубл. 25.04.12, Бюл. №8.
5. Патент 115089 на корисну модель А61С7/00. Ортодонтичний апарат П.С.Фліса, О.О. Циж, В.В. Філоненка для лікування відкритого прикусу при ретрузії верхніх фронтальних зубів. / П.С. Фліс, В.В. Філоненко, О.О. Циж; заявл. 20.02.17; опубл. 27.03.17, Бюл. № 6.
6. Flis P., Filonenko V., Tsyzh O. The orthodontic appliances for treatment of open bite proprietary construction / P. Flis, V. Filonenko, O. Tsyzh // Georgian Medical News – № 10 – 2018, P. 30 – 34.
7. Циж О.О. Удосконалення сучасних методів діагностики, лікування та профілактики рецидивів у пацієнтів з відкритим прикусом [автореферат]. Київ: Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця; 2020. 20 с.

ВПЛИВ ОРТОДОНТИЧНОЇ АПАРАТУРИ НА СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ТА АЛЬВЕОЛЯРНОЇ ЧАСТИНИ ЩЕЛЕП

Фліс П.С., Циж А.В., Ращенко Н.В., Омельчук М.А., Кириченко Н.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Вплив ортодонтичної апаратури на кісткову тканину пародонта і, як наслідок, можлива її резорбція, спричинена дією різних за значенням сил, прикладених на певних етапах лікування, є важливим критерієм планування та безпосереднього лікування пацієнтів з певними аномаліями та деформаціями зубо-щелепного апарату. Обмаль інформації стосовно можливих наслідків та шляхів запобігання їм може призвести до небажаних ускладнень, що визначає актуальність цього дослідження.

Мета роботи: вдосконалення діагностичних критеріїв зубо-щелепних аномалій під час складання плану лікування, мінімізація негативних впливів на пародонт та подальше запобігання виникненню ускладнень у вигляді резорбції кісткової тканини альвеолярного відростка та альвеолярної частини щелеп.

Матеріали і методи. Проведено пошук, вивчення та узагальнення 37 літературних джерел, що стосуються безпосереднього впливу ортодонтичної апаратури на тканини пародонта, а саме втрати кісткової тканини внаслідок або під дією ортодонтичного лікування.

Результати дослідження. Сучасні ортодонтичні протоколи лікування включають широкий спектр можливостей виправлення аномалій та деформацій зубощелепного апарату, однак актуальною залишається проблематика впливу ортодонтичної апаратури на пародонт, у тому числі на альвеолярний відросток та альвеолярну частину щелеп.

Для найточнішої візуалізації досліджуваної кісткової тканини методом вибору можна вважати тривимірну комп'ютерну томографію (КТ) або для зменшення радіаційного опромінення пацієнтів методом вибору також може бути конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ), що дає змогу докладно дослідити товщину та висоту кожної стінки альвеоли зуба, у тому числі вестибулярної, що її вважають найбільш схильною до резорбції, яка своєю чергою спричиняє оголення кореня зуба, унаслідок чого утворюється естетичний дефект, а надалі може призвести до втрати зуба [2, 5, 9].

Згідно з дослідженнями, поширення втрати висоти альвеолярних перегородок та ясен, природа цього процесу різниться залежно від локалізації, а саме на верхній щелепі переважає дегісценція, на нижній – фенестрація [1, 5, 6]. Дегісценція характеризується рецесією ясен, резорбцією альвеолярної кістки та оголенням кореня зуба нижче від рівня емалево-цементної межі, тоді як фенестрація являє собою резорбцію альвеолярної кістки, внаслідок якої поверхня кореня зуба контактує зі слизовою оболонкою ясен. Виникнення дегісценції та фенестрації має поліетіологічну природу. До основних чинників можна віднести величину та частоту ортодонтичних сил, напрямок руху, анатомічну цілість тканин пародонта та їхній обсяг [6, 9].

Вік пацієнтів відіграє важливу роль у розвитку досліджуваної патології. КПКТ-дослідження проводили перед лікуванням та через 20 ± 8 міс від початку лікування. Так, у пацієнтів віком 10–15 років глибина дегісценції після лікування збільшилася на $0,7 \pm 0,08$ мм, у 15–30-річних – на $0,7 \pm 0,06$ мм, а в обстежуваних старших 30 років – на $1 \pm 0,1$ мм [1, 9]. Незважаючи на те, що в пацієнтів старших 30 років виявлявся найбільший ступінь резорбції, не варто нехтувати КПКТ-дослідженнями у пацієнтів молодшого віку, оскільки близько 90% обстежуваних мали принаймні один уражений зуб [1, 3].

Найбільш схильними до втрати висоти кісткової тканини є ікла верхньої щелепи та нижньощелепні різці, в яких спостерігається ризик втрати вестибулярної стінки альвеоли внаслідок зміни нахилу зубів у процесі лікування, що призводить до горизонтальної резорбції [2, 4].

Дані літературних джерел різнилися як стосовно методів лікування та напрямків руху сил, що діють на переміщувані зуби, так і щодо величини вищезазначених ортодонтичних сил [2, 4, 7, 8]. Певні джерела стосувалися лікування виключно аномалії положення окремих зубів або груп зубів, тоді як інші вивчали методи лікування зубо-альвеолярних патологій з використанням міжщелепних тяг залежно від класу патології прикусу, інтрузії та екструзії зубів. Окрім того, різниця виявлялася безпосередньо в методиках лікування пацієнтів: досліджували методику прямої дуги [2, 7], Edgewise technique [4], а також порівнювали самолігуючі брекет-системи та лігатурні [8]. Унаслідок значної неоднорідності та різноспрямованості методів та концепцій лікування тих чи інших патологій неможливо точно визначити сприятливий чи несприятливий вплив кожної з них на стан тканин пародонта та безпосередньо на кісткову тканину.

Висновки. Результати досліджень свідчать про необхідність попереднього тривимірного оцінювання (КТ, КПКТ) стану кісткової тканини альвеолярного відростка та альвеолярної частини щелеп, а саме висоти та товщини стінок альвеоли, а також природи процесів, що спостерігаються в пародонті.

Особливу увагу потрібно звертати на стан пародонта у пацієнтів старших 30 років у разі значної протрузії або скупченості зубів. Важливість досліджень є актуальною і в осіб молодшого віку, оскільки в більшості випадків принаймні в одному зубі спостерігали вертикальну або горизонтальну резорбцію кістки порівняно з періодом до лікування. Тож проблема втрати кісткової тканини під час ортодонтичного лікування актуальною і потребує подальших різнобічно спрямованих досліджень.

Література

1. Peridental bone changes after orthodontic tooth movement with fixed appliances: A cone-beam computed tomographic study Fabian Jäger; James K. Mah; Axel Bumann. Angle Orthod (2017) 87 (5): 672–680.

2. Effect of orthodontic treatment on alveolar bone thickness in adults: a systematic review. Michelle Sendyk; Daniele Sigal Linhares; Claudio Mendes Pannuti; João Batista de Paiva; José Rino Neto. Dental Press J. Orthod. vol.24 no.4 Maringá Jul./Aug. 2019 Epub Sep 05, 201
3. Garlock D.T., Buschang P.H., Araujo E.A., Behrents R.G., Kim K.B. Evaluation of marginal alveolar bone in the anterior mandible with pretreatment and posttreatment computed tomography in nonextraction patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2016;149:192–201.
4. Oliveira T.M.F., Claudino L.V., Mattos C.T., Sant'Anna E.F. Maxillary dentoalveolar assessment following retraction of maxillary incisors: a preliminary study. Dental Press J Orthod. 2016 Sept-Oct;21(5):82–9.
5. Castro L.O., Castro I.O., Alencar A.H., Valladares-Neto J., Estrela C. Cone beam computed tomography evaluation of distance from cemento-enamel junction to alveolar crest before and after nonextraction orthodontic treatment. Angle Orthod. 2016 July;86(4):543–9.
6. Evangelista K., Vasconcelos K.D.F., Bumann A., Hirsch E., Nitka M., Silva M.A.G. Dehiscence and fenestration in patients with Class I and Class II Division 1 malocclusion assessed with cone-beam computed tomography. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010;138:133–135.
7. Sun B., Tang J., Xiao P., Ding Y. Presurgical orthodontic decompensation alters alveolar bone condition around mandibular incisors in adults with skeletal Class III malocclusion. Int J Clin Exp Med. 2015;8(8):12866–73.
8. Almeida M.R., Futagami C., Conti A.C., Oltramari-Navarro P.V., Navarro R.L. Dentoalveolar mandibular changes with self-ligating versus conventional bracket systems: A CBCT and dental cast study. Dental Press J Orthod. 2015 May-June;20(3):50–7
9. Agrawal N., Kundu D., Agrawal K., Singhal A. Comparison of longitudinal changes in clinical periodontal parameters of canines and first molars treated with fixed orthodontic appliances. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2016 Mar;149(3):325–30.

ГІНГІВІТ, АСОЦІЙОВАНИЙ ІЗ ЗУБНОЮ БІОПЛІВКОЮ, – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Хоменко Л.О., Остапко О.І., Сороченко Г.В., Голубєва І.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
м. Київ, Україна

На сьогодні захворювання тканин періодонта відзначаються високою поширеністю в усьому світі. Початкові ознаки цих захворювань з'являються вже у дитинстві. За даними ВООЗ, до 80 % дитячого населення різних країн мають окремі ознаки або увесь комплекс симптомів ураження тканин періодонта. В Україні також спостерігається негативна тенденція до зростання поширеності захворювань тканин

періодонта у дітей та підлітків, причиною якої в більшості випадків є незадовільний рівень індивідуального гігієнічного догляду за порожниною рота і відсутність професійної гігієни [1–3].

Мета дослідження: клініко-лабораторне оцінювання стану тканин періодонта у 15-річних підлітків – мешканців м. Києва.

Матеріал і методи. Проведено стоматологічне обстеження 112 підлітків 15-річного віку, які постійно мешкають в м. Києві. Стан тканин періодонта оцінювали за допомогою періодонтального індексу CPI, гігієнічний стан порожнини рота – з використанням спрощеного індексу гігієни ОНІ-S Гріна–Вермільона (1964). Для ідентифікації періодонтопатогенних мікроорганізмів у зубній біоплівці застосовували полімеразно-ланцюгову реакцію (ПЛР) з використанням ампліфікатора “Thermocycler” фірми “Biometra”. Продукти ампліфікації аналізували за методом горизонтального електрофорезу.

Результати дослідження. За результатами стоматологічного обстеження встановлено високий рівень поширеності захворювань тканин періодонта у 15-річних підлітків м. Києва, що становив 92,8 % ($n = 104$). Найпоширенішою нозологічною формою в цій віковій групі виявився гінгівіт, асоційований з біоплівкою, – 85,6 % ($n = 89$).

За даними індексного оцінювання стану тканин періодонта, встановлено, що поширеність кровоточивості ясен в обстежених підлітків становила 92,8 % ($n = 104$), інтенсивність кровоточивості ясен – в середньому $3,02 \pm 0,19$ секстанти на одного обстеженого. Відповідно до оцінювальних критеріїв ВООЗ для характеристики стану тканин періодонта такі показники розцінюються як високі. Наявність зубного каменю в підлітковому віці також виявилася високою – 87,5 % ($n = 91$), кількість секстантів із зубним каменем у середньому становила $2,15 \pm 0,12$, що, за критеріями ВООЗ, відповідає середньому рівню інтенсивності зубного каменю. Кількість здорових секстантів становила лише $0,44 \pm 0,09$ на одного обстеженого. Отримані дані свідчать про те, що вже у віці 15 років кожен підліток, який мешкає в м. Києві, має понад 5 секстантів з ознаками ураження пародонта.

Вивчення гігієнічного стану порожнини рота за індексом Гріна–Вермільона засвідчило незадовільний стан індивідуального гігієнічного догляду за порожниною рота у підлітків 15-річного віку. Сумарне значення індексу ОНІ-S у них становило $1,87 \pm 0,24$, при цьому показник м'якого зубного нальоту дорівнював у середньому $1,56 \pm$

0,24, зубного каменю – $0,31 \pm 0,17$. Це вказує на те, що провідним етіологічним чинником гінгівіту в дітей і підлітків є зубна біоплівка, до складу якої входить періодонтопатогенна мікрофлора.

Результати лабораторного дослідження підтвердили, що при гінгівіті в зубній біоплівці понад половини ($n = 49$) обстежених підлітків виявлено ДНК таких «маркерних» періодонтопатогенних мікроорганізмів, як: *Treponema denticola* (80,9 %), *Tannerella forsythia* (73,0 %), *Prevotella intermedia* (53,9 %), *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (18,0 %), *Porphyromonas gingivalis* (9,0 %). У більшості випадків виявлені «маркерні» періодонтопатогенні мікроорганізми формували різноманітні комбінації, що можна розцінювати як чинник ризику прогресування патологічного процесу в тканинах періодонта.

Висновки. Рівень поширеності та інтенсивності захворювань тканин періодонта у 15-річних підлітків, мешканців м. Києва, є високим. Найбільш поширеною нозологічною формою є гінгівіт, асоційований з біоплівкою, що його було виявлено у 85,6 % обстежених. При цьому в 55 % із них ідентифіковано ДНК «маркерних» періодонтопатогенних мікроорганізмів у зубній біоплівці. Для профілактики розвитку та прогресування цієї форми гінгівіту потрібно вдосконалити навички індивідуального гігієнічного догляду за порожниною рота та регулярно проводити професійну гігієну у дітей та підлітків.

Література

1. Авдєєв О.В. Визначення особливостей перебігу гінгівіту у дітей як основа при плануванні лікувально-профілактичних заходів / О.В. Авдєєв // Клін. Стоматологія, 2015. – № 2. – С. 104–108.
2. Деньга О.В. Частота возникновения хронического гингивита у детей 12–13 летнего возраста в условиях проведения регулярной санации полости рта / О.В. Деньга, Н.Г. Карампини // Вісник стоматології, 2015. – № 2. – С. 92–94.
3. Котельбан А.В. Спектр мікрофлори ротової порожнини дітей за умов хронічного катарального гінгівіту на тлі цукрового діабету / А.В. Котельбан, О.І. Годованець, І.П. Бурденюк // Вісник стоматології, 2017. – № 1. – С. 44–46.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ТРАВМ ЗУБІВ З НЕЗАВЕРШЕНИМ ФОРМУВАННЯМ КОРЕНЯ

Чегертма Е.І., Плискa О.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
м. Київ, Україна

Травми зубів до сьогодні посідають значне місце в структурі стоматологічної захворюваності дітей різного віку. Незважаючи на обширну літературу та затверджені світовою стоматологічною спільнотою протоколи лікування травматичних ушкоджень, залишається чимало проблем, пов'язаних із незрілістю постійних зубів у більшості дітей з дентальною травмою. Отже, актуальним є питання розробки і апробації нових методів та підходів, зокрема таких, що ґрунтуються на концепції регенеративної ендодонтії [1].

Описання клінічного випадку. Пацієнтка Б. 11 років звернулась через 4 години після нанесення травми зуба 12 зі скаргами на незначну рухливість зуба та різкий біль при накушуванні. Об'єктивно: зуб 12 візуально інтактний. Відзначається II ступінь рухомості без зміни фізіологічного положення. Вертикальна та горизонтальна перкусія зуба 12 різко болісна. Реакція пульпи на холодний тест та ЕОД відсутня. Слизова оболонка ясен в ділянці зуба 12 незначно набрякла, спостерігається незначна кровоточивість з зубо-ясенної борозни. Рентгенологічно визначається корінь зуба 12 на стадії несформованої верхівки, стінки кореневого каналу стоншені. Було встановлено діагноз - підвивих зуба 12. Згідно протоколу Міжнародної асоціації дентальної травми (IADT) лікування підвивиху зуба [2], було проведено зняття м'яких зубних відкладень із зубів та іммобілізацію зуба 12 за допомогою дрово-композитної шини. На повторному клініко-рентгенологічному огляді через 14 днів було діагностовано повну втрату вітальності зуба. Прийнято рішення провести ендодонтичне лікування зуба 21 за методикою «реваскуляризації». В перший візит проведено незначну інструментальну обробку кореневого каналу за стандартною методикою, інтенсивну медикаментозну обробку кореневого каналу 20 мл розчину гіпохлориту натрія, 5,25% та 5 мл роз-

чину ЕДТА і тимчасову obturaцію кореневого каналу лікувальною пастою «Пульпосептин» терміном на 3 тижні, з щотижневою заміною пасти. В четвертий візит «Пульпосептин» було замінено на пасту на основі $\text{Ca}(\text{OH})_2$ терміном на 2 тижні. В п'ятий візит проведено медикаментозну обробку кореневого каналу 5 мл розчину гіпохлориту натрію 5,25%, за допомогою гострого ендодонтичного інструмента (Н-файл) травмовано періапикальні тканини з метою стимулювання заповнення каналу кров'яним згустком до рівня емалево-цементного з'єднання. На даному рівні згусток було перекрито матеріалом на основі МТА товщиною 3–4 мм, накладено ізолюючу прокладку зі склоіономерного цементу та проведено остаточну реставрацію зуба 12 композитним фотополімерним матеріалом. На контрольному огляді через 1 місяць скарги відсутні, рухомість зуба 12 фізіологічна, перкусія зуба безболісна, слизова оболонка ясен в ділянці зуба природнього кольору без видимих патологічних змін. Рентгенологічна картина без змін. Знято дротово-композитну шину, проведено професійну гігієну порожнини рота. Через 6 місяців на прицілній рентгенограмі зуба 12 відмічається ріст кореня в довжину та потовщення стінок кореневого каналу, періапикальна кісткова тканина без видимих патологічних змін. Перкусія зуба безболісна, рухомість фізіологічна. На клініко-рентгенологічному огляді через 1 рік виявляється завершення формування кореня зуба 12, значне потовщення стінок кореневого каналу та звуження його просвіту в апікальній третині. Скарги відсутні, перкусія зуба безболісна. В подальшому рекомендовано динамічне спостереження 1 раз на рік.

Обговорення клінічного випадку. При виборі техніки ендодонтичного лікування в даному клінічному випадку окрім «реваскуляризації» розглядався варіант класичної апексифікації за допомогою МТА. Позитивними сторонами даної методики є великий досвід її застосування із задовільним результатом, натомість вона не вирішує проблему недостатньої товщини стінок кореневих каналів, що підвищує схильність зуба до переломів у майбутньому. Саме тому було вирішено використати методику «реваскуляризації», стосовно якої вже накопичено певний досвід в різних країнах.

Висновки. Даний клінічний випадок демонструє можливість використання «реваскуляризації» при травмах зубів у дітей з незавершеним формуванням кореня, проте його виконання вимагає чіткого

дотримання протоколу лікування, достатньої кооперації з пацієнтом та батьками та ретельного динамічного спостереження.

Література

1. Recommendations for using regenerative endodontic procedures in permanent immature traumatized teeth / Franklin Garcia-Godoy, Peter E Murray / Dental Traumatology, Vol. 28(1), p.33-41, July 2011.
2. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations / Cecilia Bourguignon, Nestor Cohenca, Eva Lauridsen, Marie Therese Flores, Anne C. O'Connell, Peter F. Day, Georgios Tsilingaridis, Paul V. Abbott, Ashraf F. Fouad, Lamar Hicks, Jens Ove Andreasen, Zafer C. Cehreli, Stephen Harlamb, Bill Kahler, Adeleke Oginni, Marc Semper, Liran Levin / Dental Traumatology, Vol. 36, issue 4, p.314-330, August 2020.

ВМІСТ МІНЕРАЛЬНИХ КОМПОНЕНТІВ У РОТОВІЙ РІДИНІ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Чухрай Н.Л., Лещук С.Є., Фур М.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра ортодонції, кафедра стоматології дитячого віку
м. Львів, Україна

Незважаючи на впровадження новітніх засобів та методів профілактики технологій в практику дитячої стоматології, карієс зубів і надалі залишається однією з актуальних проблем дитячої стоматології. Дослідження, проведені в різних регіонах України, свідчать, що поширеність карієсу зубів становить 65–98 % за інтенсивності від 1,2 до 7,1 зуба [1–4].

Серед низки загальних та місцевих чинників ризику виникнення карієсу зубів вагома роль належить соматичній патології. Одним із частих хронічних захворювань серед дітей у світі є бронхіальна астма (БА), поширеність якої становить 5–10%. Результати досліджень свідчать, що порушення в організмі дітей з БА впливають на формування та мінералізацію твердих тканин зуба, обмінні процеси в тканинах пародонта [5–7]. Ротова рідина відіграє важливу роль у підтриманні гомеостазу органів порожнини рота, виконуючи мінералізувальну, захисну, очисну функції, створює оптимальне середовище для функціонування твердих тканин зубів.

Мета дослідження: визначити вміст основних мінеральних компонентів (загального кальцію, неорганічного фосфору та магнію) в ротовій рідині у дітей з БА залежно від тяжкості перебігу.

Матеріали і методи. Концентрацію основних неорганічних компонентів ротової рідини (Ca, P, Mg) визначено у 108 дітей віком 7, 12 та 15 років залежно від ступеня тяжкості БА, які перебували на стаціонарному лікуванні в алергологічному відділенні. Визначення концентрації загального кальцію, неорганічного фосфору, магнію проводили у надосадовій фракції ротової рідини на біохімічному аналізаторі HumanStar 300 з використанням стандартних наборів реактивів фірми HUMAN GmbH та стандартних зразків – контрольних сироваток HUMATROL N, HUMATROL P (Німеччина). Визначення концентрації загального кальцію проводили фотометрично О-крезолфталеїновим методом за допомогою лізинового буферу рН=11,1 азиду натрію; дослідження неорганічного фосфору – фотометричним методом за допомогою реактиву Molybdate; визначення магнію – фотометричним колориметричним методом за допомогою реактиву GEDTA. Одиниці вимірювання – ммоль/л.

Результати дослідження. Встановлено зниження вмісту загального кальцію, неорганічного фосфору та магнію в разі підвищення ступеня тяжкості БА. У дітей віком 7 років з БА III ступеня тяжкості вміст загального кальцію в ротовій рідині знижується на 41,40% порівняно з їхніми однолітками, у яких діагностовано основне захворювання I–II ступеня тяжкості, а в дітей з БА IV ступеня тяжкості – на 56,19% стосовно показника дітей з БА I–II ступеня тяжкості ($p < 0,01$). Аналогічну тенденцію спостерігали у вікових групах обстежених дітей віком 12 та 15 років.

Під час аналізу вмісту неорганічного фосфору в ротовій рідині дітей з БА у віковому аспекті встановлено, що у віці 7 років вміст фосфору на 35,46% нижчий у дітей з БА III ступеня тяжкості ($2,51 \pm 0,11$ ммоль/л) стосовно дітей з БА I–II ступеня тяжкості ($3,40 \pm 0,13$ ммоль/л; $p < 0,001$), а в дітей з БА IV ступеня тяжкості – на 45,29% стосовно дітей з БА I–II ступеня тяжкості ($p < 0,001$). У дітей з БА віком 12 років вміст неорганічного фосфору в ротовій рідині зі збільшенням ступеня тяжкості також знижується: на 36,92% порівняно з дітьми з БА I–II та III ступеня тяжкості (з $3,03 \pm 0,21$ ммоль/л до $2,41 \pm 0,22$ ммоль/л відповідно; $p > 0,05$) та на 42,92% порівняно з дітьми з основним захво-

рюванням I–II та IV ступеня тяжкості ($3,03 \pm 0,21$ ммоль/л та $2,12 \pm 0,19$ ммоль/л відповідно; $p > 0,05$). Аналогічну тенденцію спостерігають і серед дітей з БА віком 15 років.

Результати дослідження вмісту магнію у ротовій рідині обстежуваних дітей показали зниження його рівня з підвищенням тяжкості БА у всіх вікових групах. Проте найпомітнішу різницю між показниками вмісту цього мікроелементу при різних ступенях тяжкості основного захворювання встановлено у дітей віком 15 років, що становить 1,6 разу. При цьому рівень магнію в ротовій рідині обстежуваних дітей знижується з $0,67 \pm 0,09$ ммоль/л при БА I–II ступеня тяжкості до $0,42 \pm 0,04$ ммоль/л при БА IV ступеня тяжкості ($p > 0,05$).

Висновки. Отримані дані свідчать про порушення кальцій-фосфорного обміну в дітей з бронхіальною астмою, яке супроводжується зниженням концентрації кальцію та фосфору в ротовій рідині у дітей зі збільшенням тяжкості захворювання.

Література

1. Каськова Л.Ф., Попик К.М., Уласевич Л.П. Характеристика каріозних уражень постійних зубів у дітей, які навчаються в початковій школі// Вісник проблем біології і медицини, 2018. – № 2 (2). – С. 366–369.
2. Клітинська О.В. Аналіз біохімічних параметрів слини у дошкільнят з декомпенсованою формою множинного карієсу, які постійно проживають в умовах техногенного дефіциту фтору та йоду// Вісник проблем біології і медицини, 2015. – № 4 (2). – С. 309–312.
3. Сороченко Г.В., Ішутко І.Ф., Карасевська К.О. Стан твердих тканин постійних зубів у дітей м. Києва// Вісник проблем біології і медицини, 2016. – № 2 (1). – С. 267–269.
4. Циган С.Б., Якубова І.І. Ефективність лікувально-профілактичного комплексу щодо профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей із аутизмом// Вісник проблем біології і медицини, 2015. – № 2(2). – С. 256–262.
5. Есаян Л.К. Клиническое стоматологическое и клинко-лабораторное обследования больных с общими соматическими заболеваниями// Вестник КазНМУ, 2012. – № 3. – С. 132–135.
6. Казарина Л.Н., Чуваркина И.М. Анализ клинко-иммунологического статуса полости рта у больных бронхиальной астмой, получающих ингаляционную гормональную терапию// Соврем. пробл. науки и образования, 2013. – № 1. – С. 45–51.
7. Полещук О.Ю., Романенко И.Г., Каладзе К.Н. Уровень концентрации ионизированного кальция в ротовой жидкости у детей с генерализованным хроническим катаральным гингивитом на фоне бронхиальной астмы// Вестник. мед. ин-та «РЕАВИЗ», 2017. – №4 (28). – С. 48–52.

ПОШИРЕНІСТЬ МЕЗІАЛЬНОГО ПРИКУСУ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ В ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Чухрай Н.Л., Міськів А.Л.

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

Аномалії зубощелепної системи займають одне з перших місць серед захворювань щелепно-лицевої ділянки. Аналіз літератури з епідеміології зубощелепних аномалій у дітей на території України виявив відсутність тенденції до зниження частоти їх протягом декількох десятиріч. На сьогодні актуальною залишається необхідність вивчення поширеності зубощелепних аномалій у дитячого населення різних регіонів з метою встановлення потреби дитячого населення в профілактичній та лікувальній ортодонтичній допомозі.

Поширеність зубощелепних аномалій становить у середньому від 40 до 81% [1,3,5]. Значне зростання поширеності зубощелепних аномалій пов'язують із негативним впливом довкілля, наявністю соматичних захворювань, клімато-географічними умовами проживання дітей тощо [2,3,4,6]. Поширеність зубощелепних аномалій повною мірою можна розглядати як один із показників, що характеризує стан здоров'я дітей у конкретному регіоні.

Аномалії в сагітальній площині займають перше місце серед усіх інших зубощелепних аномалій і за структурою морфологічних і функціональних змін зубощелепної ділянки є найскладнішими. Мезіальний прикус є однією з найважчих аномалій зубощелепної системи, зумовленою змінами розмірів верхнього та нижнього зубних рядів або кісток лицевого скелета в сагітальній площині, а також зміщенням нижньої щелепи вперед або недорозвитком верхньої щелепи.

Мета дослідження: оцінити поширеність мезіального прикусу в дітей шкільного віку.

Матеріали і методи. Для оцінювання поширеності мезіального прикусу проведено епідеміологічне обстеження дітей віком від 5 до 15 років, які мешкають у Львівській області. Обстеження проводили відповідно до рекомендацій ВООЗ за традиційною схемою з поглибленим вивченням ортодонтичного статусу в умовах стоматологічно-

го кабінету з урахуванням основних положень Гельсінської декларації з біомедичних досліджень (Сеул, 2008). Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакета комп'ютерної програми Microsoft Excel 2010. Результати опрацьовано статистично з використанням t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження. За результатами дослідження встановлено, що поширеність мезіального прикусу в дітей у 2020 році в середньому становить 7,94%, що значно вище порівняно з дослідженнями, що їх було проведено у 2013 (4,90%) та 2007 роках (3,90%). Аналіз у віковому аспекті показав особливо високу поширеність мезіального прикусу серед дітей віком 15 років ($11,76 \pm 3,91\%$), що значно нижче порівняно з 5-річними дітьми ($3,03 \pm 1,72\%$). Зростання поширеності мезіального прикусу спостерігали у дітей віком від 6 до 12 років ($6,78 \pm 1,46\%$ і $8,62 \pm 3,69\%$ відповідно). Серед оглянутих 7-річних дітей мезіальний прикус виявлено у $7,03 \pm 1,44\%$, а у 10-річних – у $5,48 \pm 2,66\%$ випадків. Встановлено, що з віком поширеність мезіального прикусу зростає. Мезіальний прикус у дітей віком 5–7 років становить 5,61%, віком 8–9 років – 7,53%, у дітей віком 10–12 років – 6,96%, а в дітей віком 13–15 років – 11,66% випадків.

Висновки. Поширеність мезіального прикусу в дітей можна характеризувати як високу. Потрібно звернути увагу на необхідність проведення планових профілактичних оглядів дітей у школах і дошкільних закладах для можливого вчасного усунення шкідливих звичок і дієвого впливу на формування зубощелепної системи за допомогою ортодонтичних заходів. За результатами проведеного дослідження доцільно розробити практичні рекомендації щодо поліпшення організації ортодонтичної допомоги дитячому населенню.

Резюмуючи вищевикладений матеріал, вважаємо за необхідне звернути особливу увагу на організацію профілактичної роботи в ортодонтії.

Література

1. Безвужко Е.В., Чухрай Н.Л. Структура порушень зубощелепної системи та потреба в ортодонтичному лікуванні у дітей м. Львова та Львівської області/ Е.В. Безвужко, Н.Л. Чухрай // Новини стоматології, 2008. – № 1. – С.34–37.
2. Міськів А. Л., Безвужко Е. В. Структура зубощелепних аномалій у дітей Львівської області // Львівський медичний часопис, 2015. Т. 21, № 2. С. 10–13.
3. Дорошенко С.І. Розповсюдженість зубощелепних аномалій та деформацій, а також де-

фектів зубів та зубних рядів серед дітей шкільного віку м. Києва / С.І. Дорошенко, Є.А. Кульгінський, Ю.В. Ієвлева [та ін.] // Вісник стоматології, 2009. – № 2 – С. 76–81.

4. Заєць О.Р. Стан зубощелепної системи в дітей гірських районів Івано-Франківської області / О.Р. Заєць, З.Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах, 2005. – № 6. – С. 31–33.
5. Ославський О.М. Розповсюдженість та види зубощелепних аномалій у дітей м. Одеси / О.М. Ославський // Вісник стоматології, 2010. – № 1. – С.38–40.
6. Лучинський М. А. Частота зубощелепних аномалій та деформацій у дітей різних адаптивних типів Прикарпаття / М. А. Лучинський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, 2013. – № 1. – С. 31–34.

ПОШИРЕНІСТЬ ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ З ІНФЕКЦІЙНИМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

Чухрай Н.Л., Савчин С.В., Дубецька-Грабоус І.С.

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

Причиною більшості інфекційних захворювань є віруси, поширеність яких останнім часом значно збільшується [2]. Особливе місце в структурі вірусних захворювань посідає інфекційний моновірусоз, збудником якого є вірус Епштейна-Барр з родини герпесвірусів [3]. За даними епідеміологічних досліджень, майже у 95% населення віком понад 40 років виявляють специфічні антитіла, майже 50% населення переносить моновірусоз у дитячому або підлітковому віці [1]. У дітей, хворих на інфекційний моновірусоз, спостерігають такі недуги, як тонзиліт, фарингіт, аденоїди, часту ангіну, утруднені дихання та ковтання. Зміни в різних органах і системах на тлі вірусної етіології спричиняють порушення метаболічного гомеостазу, зумовлюють пригнічення імунних механізмів. Тривалий перебіг патології ЛОР-органів, бактеріальна умовно-патогенна мікрофлора, що заселяє слизову оболонку порожнини рота, спричиняють розвиток карієсу, хвороб пародонта та зубощелепних аномалій у дітей з інфекційним моновірусозом. Тому оцінювання стоматологічного статусу в дітей з інфекційним моновірусозом зумовлює актуальність цього дослідження.

Мета дослідження: оцінити поширеність зубо-щелепних аномалій у дітей з інфекційним моновірусозом.

Матеріали і методи. Обстежено 226 дітей віком 6, 9 та 12 років з діагнозом «інфекційний мононуклеоз». Зубо-щелепні аномалії в обстежуваних дітей визначали за класифікацією Калвеліса Д.А.

Результати дослідження. Встановлено, що зубо-щелепні аномалії зустрічаються, у середньому в $86,12 \pm 2,34\%$ випадків. Показники поширеності зубо-щелепних аномалій у дітей 6-річного віку становили $81,57 \pm 2,13\%$, 9-річного віку – $94,37 \pm 2,12\%$, у 12-річних зросли до $88,23 \pm 2,24\%$, тобто в 1,12 разу ($p < 0,05$). З'ясовано, що в структурі зубо-щелепних аномалій найчастішими є аномалії зубних рядів – $82,56 \pm 2,48\%$, аномалії прикусу – в середньому $43,36 \pm 2,11\%$ випадків. Аномалії окремих зубів виявлено лише у $18,04 \pm 1,39\%$ дітей з інфекційним мононуклеозом. Серед аномалій зубних рядів у дітей з інфекційним мононуклеозом переважала протрузія верхніх фронтальних зубів ($18,26 \pm 2,13\%$), у більшості випадків діагностували звужену форму зубного ряду ($14,42 \pm 1,48\%$), у $12,50 \pm 1,57\%$ дітей виявляли У-подібну форму, чотирикутну форму – у $11,53 \pm 1,86\%$ дітей, асиметрію зубного ряду – у $10,57 \pm 1,79\%$, сидлоподібна – у $8,65 \pm 1,13\%$.

Серед аномалій положення окремих зубів значно частіше спостерігали скупченість зубів у дітей всіх вікових періодів, що становило в середньому $89,5 \pm 2,51\%$. Треми та діастеми виявлено у $15,67 \pm 1,23\%$ дітей 12-річного віку з інфекційним мононуклеозом. Згідно з даними обстеження дітей з інфекційним мононуклеозом дистальний прикус діагностовано значно частіше ($21,35 \pm 2,35\%$) порівняно з показниками в разі відкритого та глибокого прикусу ($8,71 \pm 1,78\%$ та $7,68 \pm 1,73\%$), мезіальний прикус – лише у $2,31 \pm 0,89\%$ випадків. Під час обстеження дітей з інфекційним мононуклеозом діагностовано поєднані зубо-щелепні аномалії, кількість яких може свідчити про тяжкість зубо-щелепної патології. У дітей з інфекційним мононуклеозом частота поєднаних аномалій становила в середньому $31,02 \pm 2,38\%$. Доведено, що з віком (з 6 до 12 років) кількість поєднаних аномалій зростала на $34,13\%$ (з $26,31 \pm 2,56\%$ до $35,29 \pm 2,87\%$ відповідно).

Висновки. Результати досліджень свідчать про значну поширеність і тенденцію до зростання зубо-щелепних аномалій у дітей з інфекційним мононуклеозом, що потребує своєчасного обстеження дітей в ортодонта і застосування заходів, спрямованих на корекцію та запобігання формуванню дисфункції зубо-щелепної системи.

Література

1. Виговська О.В. Клініко-біохімічні особливості ураження печінки у дітей з Енштейн-Барр вірусною інфекцією / О.В. Виговська, В.О. Шадрін, С.О. Крамарьов // Современная педиатрия, 2014. – №5. – С. 149-151.
2. До питання про герпетичну інфекцію як актуальну проблему сьогодення / В.П. Борак, Л.Б. Романюк, Н.Я. Кравець, В.Т. Борак // Актуальна інфектол., 2016. – №2. – С. 53-58.
3. Терьошин В.О., Юган Я.Л. Сучасні аспекти патогенезу та лікування інфекційного мононуклеозу / В.О. Терьошин, Я.Л. Юган // Інфекційні хвороби, 2014. – №2. – С. 5-13.

INDICATORS OF EARLY CHILDHOOD CARIES INCIDENCE IN BELARUSIAN CHILDREN ACCORDING TO THE NEW INTERNATIONAL PROTOCOL

Shakavets N., Antonenka A., Zhylevich A., Svirskaya A.

**Belarusian State Medical University, Department of Pediatric Dentistry,
Minsk, Belarus**

ECC is a chronic disease affecting the deciduous dentition in children aged 71 months or less. The WHO criteria for caries diagnosis is not enough to estimate all stages of dental caries development. A protocol for ECC diagnosis is proposed to detect early carious lesions when it can be arrested (remineralized) before its progression to the cavitation stage.

Objective: to estimate the ECC prevalence and intensity, as well as to identify the main risk factors for its development using the new international protocol for the dental caries diagnosis and risk assessment in Belarus.

Materials and Methods. 393 children (1–6 years) were examined according to a new Protocol for ECC Diagnosis and Risk Assessment (2018) by four calibrated dentists ($\kappa=0.95$) in Minsk, Minsk and Brest regions. Children were divided in 5 groups: 12–23 months ($n=55$), 24–35 months ($n=77$), 36–47 months ($n=93$), 48–59 months ($n=77$), 60–71 months ($n=91$). Regional Ethics Committee approval and parental informed consents were obtained. Parents answered the questionnaire. The results were analyzed statistically.

Results. 59.4% of parents brush their children's teeth by themselves: 43.4% do it once a day, 37.6% – 2 and more. 22.9% of parents use F-toothpaste. 79.6% of kids were breastfed with mean age of 9.2 (8.0), 20.4% were bottled-fed for 9.8 (8.7). The mean age of night feeding was 13.5 (7.8). 46.8% of kids have 3–4 meals per day, 62.0% eat sweets every day or more often.

The prevalence of ECC was 62.9% (n=247). The mean ECC0-3mft was 4.0 (4.33), increased from 1.2 (1.93) in group 12–23 to 7,10 (5,0) in group 48–59. The mean ECC0-3mfs was 6.08 (7.93), increased from 2.07 (4.33) to 12.30 (10.75) accordingly. The mean ECC1 (reversible caries) was 1.40 (2.04) and the highest level was in group 60–71 (2.18 (2.09)).

Conclusions. The correlation between ECC1 intensity and usage of F-toothpaste and intake of sugar containing food was revealed. Parents should be informed of tooth brushing behavior and regime of sugar intake as early as possible.

References

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Caries risk assessment and management for infants, children, and adolescents // Reference Manual, 2015. – 2018.
2. Brown JP, Amaechi BT, Bader JD, et al. The dynamic behavior of the early dental caries lesion in caries-active adults and implications. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 2015; 43:208–216.
3. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, V-tolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 2017; 45:216–224.
4. Evans, R.W., Feldens, C.A., Phantunvanit P. Protocol for Early Childhood Caries (ECC) Diagnosis and Risk Assessment *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 46 (6): 518–525, 2018
5. Kassebaum NJ, Smith AG, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Marcenes T Vos GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors *J Dent Res.*, 2017; 96:43807
6. WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. // Geneva, Switzerland: World Health, Organization. – 2017.

ГУМОРАЛЬНІ ЧИННИКИ ВРОДЖЕНОГО ІМУНІТЕТУ В ЗМІШАНІЙ СЛИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ РОТОГЛОТКИ

Шматко В.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
м. Київ, Україна

Місцевий гуморальний імунітет відіграє важливу роль у формуванні захисних властивостей слизових оболонок організму людини,

у тому числі і слизових оболонок порожнини рота [1,2]. Відомо, що при інфекційно-запальних захворюваннях верхніх дихальних шляхів і порожнини рота спостерігають зниження вмісту секреторного імунoglobуліну [3].

Мета дослідження: важливим моментом є вивчення ролі вродженого імунітету у формуванні системи місцевого імунітету.

Матеріали і методи. Проводили вивчення вродженого імунітету змішаної слини у 22 дітей віком від 7 до 14 років із хронічними запальними захворюваннями порожнини рота, які перебували в стадії клінічної ремісії.

Для вивчення вродженого гуморального імунітету проводили взяття проб змішаної слини з подальшим дослідженням методом імуноферментного аналізу за допомогою автоматичного аналізатора. Надалі проводили обробку результатів дослідження за допомогою програми “STATISTICA 6,0”.

Результати дослідження. Помічено підвищення рівня SLPI і MIPI-1 в змішаній слині обстежуваних дітей, зниження вмісту лактоферину та дифензину. Результати порівнювали з такими у дітей контрольної групи.

Висновки. Зміни, що зафіксовані у дітей у стадії ремісії: зниження рівня лактоферину і дифензину – свідчить про «готовність» і можливість розвитку загострення запальних процесів у тканинах і органах порожнини рота та глотки.

Література

1. Дранник Г.Н. Иммунная система слизистых, физиологическая микрофлора и антибиотики/ Г.Н. Дранник, А.И. Курченко, А.Г. Дранник. – К.: Полиграф Плюс, 2009. – 140 с.
2. Мельников О.Ф. Соотношение в показателях местного иммунитета при воспалительных процессах в верхних дыхательных путях / Мельников О.Ф., Тимченко С.В., Заболотная Д.Д., Смагина Т.В., Негипа Л.С., Бредун А.Ю., Левандовская В.И., Шматко В.И., Калиновская Л.П. // Ринолoгія, 2002. – №4 – С. 11-15.
3. Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Клиническая иммунология в отоларингологии: достижение и перспективы // Материалы 10-го съезда отоларингологов Украины. – Судака, 2010. – С. 85.

МОДЕЛЮВАННЯ ОСТЕОПОРОЗУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НА ТЛІ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ

Шматко В.І., Шаповалова Г.І., Артемчук А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
м. Київ, Україна

Протягом останніх років помітна тенденція до зростання поширеності захворювань на цукровий діабет серед населення різних країн світу [1, 2], у тому числі й України. Зменшення вікового діапазону пацієнтів із порушеннями функції підшлункової залози свідчать про існування проблеми поширення цієї патології й серед дитячого населення.

Відомо, що при цукровому діабеті відбуваються зміни не лише вуглеводного обміну, а й білкового та жирового обмінів. Найбільш ранніми проявами цукрового діабету в порожнині рота є запальні процеси в яснах з тенденцією до прогресування хвороби і швидким переходом до розвитку незворотних деструктивних змін у тканинах пародонта [3].

Мета дослідження. Вивчення патоморфологічних змін у різних тканинах порожнини рота для вдосконалення ранньої діагностики, лікування та пошуку шляхів профілактики основних стоматологічних захворювань у даного контингенту хворих.

Матеріали і методи. Моделювання початкових ознак хвороб тканин пародонта (остеопорозу кістки) на тлі гіперглікемії (діабет I типу) проводили шляхом уведення в організм піддослідних тварин (15 білих щурів) токсичної речовини – стрептоміцину сульфату в дозі 15 мг на 1 кг маси тіла внутрішньом'язово щодня протягом 28–30 діб. Рівень цукру в крові піддослідних тварин контролювався біохімічним (глюкооксидазним) методом перед початком експерименту, на 14-й та 28-й день експерименту. Для патоморфологічних досліджень у тварин брали підшлункову залозу, гомілкову кістку, тканини пародонта.

Експериментальну частину дослідження проводили на базі лабораторії патоморфології та цитології Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова. Застосовували експериментальні, лабораторні (біохімічні), гістологічні, патоморфологічні, клінічні та статистичні методи дослідження.

Результати дослідження. За запропонованим методом було створено 15 моделей штучного цукрового діабету I типу. Термін створення моделі становив 28–30 діб, що значно менше, ніж в аналогічних експериментальних моделях (6 міс). Цей метод моделювання цукрового діабету є ефективним і простим у застосуванні порівняно з експериментальними моделями за TRECK-методом [4].

Результати біохімічних досліджень підтвердили створення стану гікемії – перед початком експерименту [$2,65 \pm 0,63$ ммоль], на 14-й та 28-й день експерименту ($> 5,1 \pm 0,6$) ($p \leq 0,05$).

Отримані результати патоморфологічних досліджень свідчать про незворотні зміни в підшлунковій залозі, формування остеопорозу кістки та деструкцію альвеолярної кісткової тканини. Під час розтину виявлено різке повнокров'я внутрішніх органів, у підшлунковій залозі часткову атрофію панкреатичних островців (зменшення загальної кількості та зниження щільності їх розташування (до 14) ($N = 20$), наявність у збережених островцях Лангерганса порівняно з нормою виражених дистрофічних змін (зменшення кількості базofilічних ендокриноцитів та їхніх розмірів, вакуолізація цитоплазми).

Встановлені зміни доводять наявність стійких проявів гіперглікемії, на тлі якої в кістках створюються умови для формування процесів остеопорозу. Виявлено стоншення кісткової тканини, зменшення її щільності та ступеня мінералізації. За результатами гістологічних досліджень відбувалося підвищення процесів остеолізу в кістковій тканині за рахунок підвищення активності остеокластів.

У тканинах пародонта в ділянці нижніх фронтальних зубів (зуби 3.1 та 4.1) виявлено запалення ясен в усіх випадках та наявність у переважній більшості ознак деструкції альвеолярної кістки. Клінічно в ділянці нижніх фронтальних зубів відзначалася рухливість зубів різного ступеня.

Висновки. Використання стрептоміцину сульфату в дозі 15 мг на 1 кг маси тіла як токсичної речовини забезпечує скорочення термінів формування моделі остеопорозу.

Відповідно штучно створений дефіцит інсуліну стримує синтез кістковими клітинами колагену та лужної фосфатази, що необхідні для створення кісткового матриксу та його мінералізації. Через знижену активність остеобластів сповільнюється процес утворення нової кісткової тканини. На цьому тлі високий рівень глюкози в крові

тварин, що стимулює резорбтивну функцію остеокластів, створює умови для прогресуючої деструкції кісткової тканини. Цьому також сприяє й зменшення надходження до організму кальцію через порушення його всмоктування внаслідок браку інсуліну.

Література

1. Ebersole J, Holt SC, Hansard R, Novak MJ. Microbiologic and immunologic characteristics of periodontal disease in Hispanic americans with type 2 diabetes // J Periodontol., 2008;79:637–46.
2. Kumari M, Martande SS, Pradeep AR, Naik SB. Efficacy of Subgingivally Delivered 1.2% Atorvastatin in the Treatment of Chronic Periodontitis in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Clinical Trial. J Periodontol. 2016;87:1278–85.
3. Карачевська К.О. Захворювання тканин пародонта як одне з перших ускладнень цукрового діабету 1-го типу у дітей // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія, 2005. – № 3 (12). – С. 67-71.
4. США Патент на винахід №US20090217394, МПК: A01K 67/00, C12N 15/00, C12Q 1/00, C12Q 1/54, «Diabetes Model Animal». № 11884943 заявки; 27.02.2006. Дата публікації 27.08.2009.

THE EFFECT OF DIET ENRICHED WITH PYROPHOSPHATE (E-450) ON MORPHOLOGICAL CHANGES OF TOOTH GERMS OF MOUSE EMBRYOS

Yakubova I.I.¹, Ostrianko V.I.², Tsypan S.B.¹, Skrypnik Y.V.¹, Volkova S.V.¹

¹ Private Higher Educational establishment «Kyiv Medical University»,

² Shupyk National Healthcare university of Ukraine,
Department of pediatric dentistry, Kyiv Medical University
Kyiv, Ukraine

The adequate and balanced nutrition of a pregnant woman ensures a normal course of fetal development and the formation of organs and tissues of the mouth cavity of the baby [1, 2]. One of the current health concerns, particularly relevant to pregnant women, is the addition of preservatives and food colors to alimentary products [3, 4]. The food supplement, encoded E450, is a pyrophosphate $H_4P_2O_7$ and is authorized for use as a stabilizing agent [5, 6]. The excessive intake of phosphates can lead to calcium-phosphorus imbalance. As far as the effect of excessive pyrophosphate intake by a pregnant mouse female on embryo tooth germs is not described in relevant academic literature, we launched this study.

The **aim** of our study was to reveal the effect of pyrophosphates on tooth germ structure in mandibular tissue of embryos (17th day of pregnancy) gestated by females, kept on a E-450 rich diet since 30 days before fertilization to gestation.

Materials and methods. The effect of food supplements was studied in «Overload phosphates model». Experiments were carried out on white nonlinear outbred mice with mass 25–28 g (n = 40). The females from the control group were fed with standard rodent food, whereas the experimental females were fed with pyrophosphate-enriched food. The material for the morphological study were the lower jaws of 17-days old mouse embryos (E-17), which were examined under a microscope with subsequent photofixation.

Research results. The experiment on mandible tissues of 17-days old mouse embryos, gestated by females on a E-450 rich diet, showed morphological changes in tooth germs during dental follicle development.

Conclusions. The experimentation revealed that the E-450 excessive intake during dental follicle development leads to early dentinogenesis and oppression of ectodermal structures of tooth germs.

References

1. Marangoni F, Cetin I, Verduci E, Canzone G, Giovannini M, Scollo P, Corsello G, Poli A. Maternal Diet and Nutrient Requirements in Pregnancy and Breastfeeding. An Italian Consensus Document Nutrients. 2016. Oct; 8(10): 629. Published online 2016 Oct 14. DOI: 10.3390/nu8100629
2. Mousa A, Naqash A, Lim S. Macronutrient and Micronutrient Intake during Pregnancy: An Overview of Recent Evidence. Nutrients. 2019. Feb; 11(2): 443. Published online 2019. Feb 20. DOI: 10.3390/nu11020443.
3. Trasande L, Shaffer RM, Sathyanarayana S. Food Additives and Child Health. Pediatrics. 2018. Aug; 142(2): e20181410. DOI: 10.1542/peds.2018–1410.
4. Potera C. Diet and nutrition: The Artificial Food Dye Blues. Environ Health Perspect. 2010. Oct; 118(10): A428. DOI: 10.1289/ehp.118–a428.
5. Younes M, Aquilina G, Castle L, Engel K-H, Fowler P, Fernandez MJF, Furst P, Gurtler R, Husøy T, Mennes W, Moldeus P, Oskarsson A, Shah R, Waalkens-Berendsen I, Wole D, Aggett P, Cupisti A, Fortes C, Kuhnle G, Lillegaard IT, Scotter M, Giarola A, Rincon A, Tard A, Gundert-Remy U. Re-evaluation of phosphoric acid–phosphates – di-, tri- and polyphosphates (E 338–341, E 343, E 450–452) as food additives and the safety of proposed extension of use. EFSA Journal. 2019; 17(6): 5674. DOI: 10.2903/j.efsa.2019.5674
6. Cooke A. Dietary Food-Additive Phosphate and Human Health Outcomes. Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety. 2017. Vol.16: 906–1021. DOI: 10.1111/1541-4337.12275.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ЩОДО ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМИ СТАНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЗАСТОСУВАННЯ АВТОГЕННИХ, БІОГЕННИХ ТА КРІОКОН- СЕРВОВАНИХ ТКАНИН У ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ТА ПЛАСТИЧНІЙ ХІРУРГІЇ ОБЛИЧЧЯ

Аветіков Д.С.¹, Локес К.П.¹, Кравченко С.Б.²

¹ Українська медична стоматологічна академія,
кафедра хірургічної стоматології і щелепно-лицевої хірургії з пластичною
та реконструктивною хірургією голови та шиї

² КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського
Полтавської обласної ради», відділення щелепно-лицьової хірургії
м. Полтава, Україна

На сьогодні проблема вдосконалення методів і засобів профілактики, діагностики та лікування пацієнтів із запальними захворюваннями щелепно-лицевої локалізації є однією з найбільш актуальних, оскільки останні роки неухильно збільшується число випадків розвитку уповільнених, гіпореактивних форм запальної реакції, на тлі якої нерідко розвиваються місцеві та загальні ускладнення.

Мета дослідження: встановити вплив автогенних, біогенних та кріоконсервованих тканин на результати лікування пацієнтів із флегмонами щелепно-лицевої локалізації.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводили на базі відділення щелепно-лицевої хірургії КП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського ПОР». Хворих, які брали участь у дослідженні, було поділено на 2 групи. Особам обох груп проводили однаковий за об'ємом і характером комплекс базисних лікувальних заходів: радикальне розкриття, ревізію і адекватне дренивання клітковинних просторів, видалення причинного зуба, антибактеріальну, інфузійну, дезінтоксикаційну, десенсибілізувальну терапію. Пацієнтів було розподілено на 3 групи: 1-а група – внутрішньовенне введення на тлі стандартного лікування препарату Ліпін у вигляді емульсії, 2-а група – введення

інтраопераційно кріоекстракту плаценти, 3-я (контрольна) група – проводили стандартну терапію.

Результати дослідження. Препарат Ліпін на тлі стандартної антибактеріальної терапії сприяє зниженню анаеробної мікрофлори груп *Enterobacterium* spp. та *Gardnerella vaginalis/Prevotella bivia/Porphyromonas* spp. Отримані дані дають змогу стверджувати, що нормалізація всіх клінічних показників у групі хворих з флегмонами щелепно-лицевої локалізації, котрі отримували препарат Ліпін у комплексному лікуванні, вірогідно відбувається на $1,24 \pm 0,38$ -у добу раніше, аніж у пацієнтів, яких лікували за традиційною методикою.

У пацієнтів, яким на тлі стандартної терапії застосовували кріоекстракт плаценти, відбувалося вірогідне поліпшення клінічного стану на 4-5-у добу лікування за відсутності змін у клінічному перебігу репаративних процесів у більш ранній термін.

Висновки. Таким чином, можна вважати, що використання автогенних, біогенних та кріоконсервованих тканин має позитивний вплив на результати лікування пацієнтів із флегмонами щелепно-лицевої локалізації і сприяє поліпшенню клінічного стану та зменшенню часу непрацездатності пацієнтів.

Література

1. Аветіков Д.С. Використання препарату Кріоцел в комплексному лікуванні гострої одонтогенної інфекції / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, В.О. Личман // Актуальні проблеми стоматології, щелепно-лицевої хірургії, пластичної та реконструктивної хірургії голови та шиї // матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 14–15 лист. 2019 р. (тези доп.). – Полтава, 2019. – С. 17–18.
2. Бондаренко В.В. Вплив «Ліпіну» на післяопераційний перебіг у хворих з одонтогенними флегмонами дна порожнини рота / В.В. Бондаренко, Ву Вьет Куонг, В.М. Гаврильєв // Питання експериментальної та клінічної стоматології // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю «Гофунговські читання» у рамках святкування 210-річчя ХНМУ та міжнародного дня стоматолога. – Харків, 2015. – Вип. 11, Ч. 2. – С. 131–132.
3. Tormes A.K. Management of a Severe Cervicofacial Odontogenic Infection / A.K. Tormes, M.M. De Bortoli, R.M. Júnior, E.S. Andrade // J Contemp Dent Pract. – 2018. – Vol. 19(3). – P. 352-355.

АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ НУКЛЕОТИДНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВИЛИЧНОЇ КІСТКИ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ПОШКОДЖЕННЯМ ІНФРАОРБІТАЛЬНОГО НЕРВА

Барило О.С., Фурман Р.Л.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Вінниця, Україна

Серед переломів кісток скелета вагоме місце посідають ушкодження кісток обличчя через свої функціональні і косметичні особливості. Неврологічному статусу, який з'являється у хворих із переломом виличної кістки, лікарі-практики приділяють недостатню увагу, оскільки головні їхні дії під час госпіталізації потерпілих спрямовані на проведення репозиції і фіксації уламків виличної кістки. До лікування посттравматичних ушкоджень інфраорбітального нерва лікарі приступають лише після появи у потерпілих вираженої клінічної симптоматики, а це зазвичай пізно, що значно знижує ефективність проведеної терапії.

Мета роботи: порівняти клінічний перебіг та ефективність лікування переломів виличної кістки, що супроводжується ушкодженням інфраорбітального нерва, з використанням загальноприйнятої схеми лікування, доповненої використанням препарату нуклео ЦМФ форте.

Матеріали і методи. Проведено лікування 45 хворих із переломами виличної кістки, що супроводжувалися клінічною картиною ушкодження інфраорбітального нерва. Клінічним матеріалом слугували дані 40 пацієнтів, яких було розподілено на 2 клінічні групи: основна та група порівняння. В основну групу увійшли 20 пацієнтів, яким проведено репозицію та фіксацію виличної кістки та протизапальну терапію, у групу порівняння – 20 пацієнтів, яким, окрім репозиції, фіксації, розроблений та впроваджений лікувальний комплекс з використанням препаратом нуклео ЦМФ форте в післяопераційний період. Одним із об'єктивних даних, що нами використовувались, був метод дослідження площі порушення тактильної, температурної та больової чутливості.

Результати дослідження. Провівши порівняння площ порушення чутливості та динаміку їхніх змін, виявлено такі показники.

Площа порушення тактильної чутливості в групі порівняння станом на 1-у добу після репозиції виличної кістки становила $9,08 \pm 0,32$, на 7-у – $8,43 \pm 0,49$, на 14-у добу – $7,85 \pm 0,46$, тоді як у хворих основної групи показники були такі: на 1-у добу $9,15 \pm 0,28$, на 7-у добу – $5,42 \pm 0,29$, на 14-у добу – $1,27 \pm 0,30$.

Площа порушення температурної чутливості в групі порівняння станом на 1-у добу після репозиції виличної кістки становила $9,01 \pm 0,32$, на 7-у добу – $8,47 \pm 0,45$, на 14-у добу – $7,75 \pm 0,35$, тоді як у хворих основної групи показники були такі: на 1-у добу – $9,1 \pm 0,24$, на 7-у добу – $5,25 \pm 0,22$, на 14-у добу – $1,25 \pm 0,30$.

Площа порушення больової чутливості в групі порівняння станом на 1-у добу після репозиції виличної кістки становила $8,95 \pm 0,34$, на 7-у добу – $8,35 \pm 0,28$, на 14-у добу – $7,71 \pm 0,34$, тоді як у хворих основної групи показники були такі: на 1-у добу – $9,03 \pm 0,21$, на 7-у добу – $5,25 \pm 0,22$, на 14-у добу – $1,15 \pm 0,30$.

Висновки. Рекомендований препарат нуклео ЦМФ форте значно зменшує інтенсивність та площі проявів усіх видів порушення чутливості в зоні іннервації інфраорбітального нерва. Отже, використання препарату в комплексній терапії переломів виличної кістки, що супроводжуються клінічними проявами ушкодження інфраорбітального нерву, є виправданим.

Література

1. Баркер Р., Барази С., Нил М. Наглядная неврология: Пер. с англ. Г. Н. Левицкого/ Под ред. В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 136 с.
2. Биллер Х. Практическая неврология: Т. II: Лечение. – М.: Мед. лит., 2008. – 416 с.
3. Дзяк Л.А., Мищенко Т.С., Товажнянская Е.Л. Роль пиримидиновых нуклеотидов в лечении пораженной периферической нервной системы// Здоров'я України, 2011. – № 2 (17). – С. 15–16.
4. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней (4-е изд.) – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 488 с.
5. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М.: МЕДпресс-информ., 2008. – 560 с.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ СЕРЕД ПАР МОНОЗИГОТНИХ ТА ДИЗИГОТНИХ БЛИЗНЮКІВ

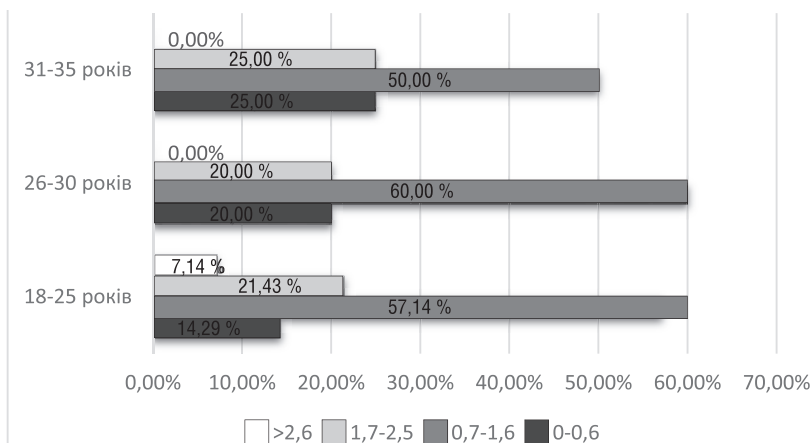
Білінський О. Я., Костенко Є.Я.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кафедра терапевтичної стоматології
м. Ужгород, Україна

Карієс та захворювання пародонту можуть розвиватися під впливом як місцевих причин (мікроорганізми зубного нальоту, недостатня гігієна, місцева травма), так і сукупного впливу місцевих і загальних (ендогенних) чинників на тлі змін реактивності організму. Частину чинників ризику, такі як гігієна ротової порожнини, шкідливі звички, тип харчування, можна контролювати. Однак спадкова схильність належить до чинників, що не піддаються контролю.

Мета дослідження: вивчення ролі генетичної складової у виникненні карієсу. Проведено аналіз стану гігієни ротової порожнини серед монозиготних та дизиготних близнюків, формування вибірок яких проводили за відповідними критеріями.

Результати дослідження. У процесі оцінювання стану гігієни ротової порожнини за допомогою індексу Green-Vermillion (OHI-S) встановлено, що добрий стан гігієни (значення індексу становило 0–0,6) серед вибірки монозиготних близнюків віком 18–25 років було виявлено у 14,29% осіб, задовільний (значення індексу – 0,7–1,6) – у 57,14%, поганий (значення індексу – 1,7–2,5) – у 21,43%, дуже поганий (значення індексу понад 2,6) – у 7,14% осіб. У монозиготних близнюків вікової категорії 26–30 років розподіл значень показника індексу OHI-S був таким: 0–0,6 – 20,0% осіб, 0,7–1,6 – 60,0% осіб, 1,7–2,5 – 20,0% осіб. Вибірка монозиготних близнюків віком 31–35 років характеризувалася таким розподілом значень індексу оцінювання стану гігієни ротової порожнини: 0–0,6 – 25,0% осіб, 0,7–1,6 – 50,0% осіб, 1,7–2,5 – 25,0% осіб. Дуже поганий стан гігієни серед монозиготних близнюків вікових груп 26–30 та 31–35 років зареєстровано не було, що може бути зумовлено відносно низькою чисельністю цих вікових вибірок.

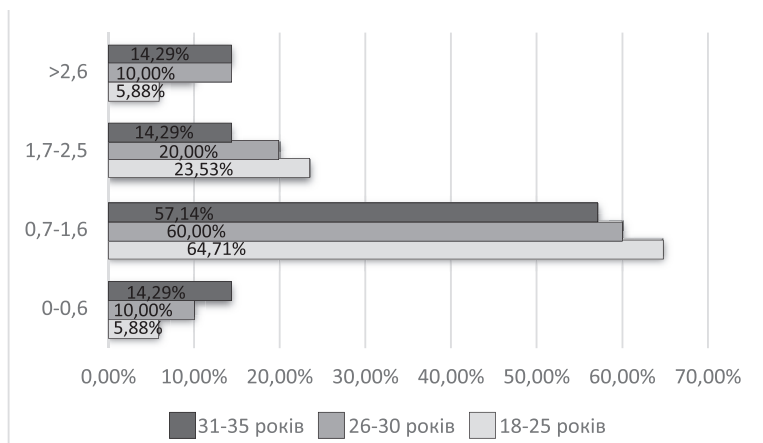


Мал. 1. Розподіл значень індексу ОНІ-S серед монозиготних близнюків

Вибірка дизиготних близнюків віком 18–25 років характеризува-лася таким розподілом показників індексу ОНІ-S, коли у 5,88% осіб значення індексу було в діапазоні 0–0,6, у 64,71% осіб – у діапазоні 0,7–1,6, у 23,53% осіб – у діапазоні 1,7–2,5, у 5,88% осіб – у понад 2,6. Серед вибірки дизиготних близнюків віком 25–30 років добрий стан гігієни ротової порожнини (значення індексу 0–0,6) було відзначено у 10,0% осіб цієї вікової категорії, задовільний (значення індексу – 0,7–1,6) – у 60,0% осіб, поганий (значення індексу – 1,7–2,5) – у 20,0% осіб, дуже поганий (значення індексу понад 2,6) – у 10,0% осіб. Добрий стан гігієни ротової порожнини серед дизиготних близнюків вікової категорії 31–35 років було зареєстровано у 14,29% осіб, задовільний – у 57,14%, поганий – у 14,29%, дуже поганий – у 14,29% осіб. Статистично ви-щий рівень дуже поганого стану гігієни серед дизиготних близнюків вікових груп 26–30 та 31–35 років порівняно з аналогічними віковими групами монозиготних близнюків може бути обґрунтований більшою чисельністю досліджуваних вибірок (мал. 2).

Середня різниця індексного показника ОНІ-S між парами мо-нозиготних та дизиготних близнюків була статистично значущою в кожній віковій категорії і в чисельних показниках була представлена таким чином:

- у вибірці монозиготних близнюків вікової категорії 18–25 років – $0,97 \pm 0,32$ ($p < 0,05$); вікової категорії 26–30 років – $0,91 \pm 0,18$ ($p < 0,05$); вікової категорії 31–35 років – $1,05 \pm 0,27$ ($p < 0,05$);



Мал. 2. Розподіл значень індексу ОНІ-S серед дизиготних близнюків

- у вибірці дизиготних близнюків вікової категорії 18–25 років – $1,07 \pm 0,47$ ($p < 0,05$); вікової категорії 26–30 років – $0,98 \pm 0,31$ ($p < 0,05$); вікової категорії 31–35 років – $0,95 \pm 0,27$ ($p < 0,05$).

Також середні значення різниці індексного показника ОНІ-S між парами монозиготних та дизиготних близнюків для сукупності досліджуваних вибірок характеризувалися статистичною значущістю та становили $0,98 \pm 0,25$ ($p < 0,05$) і $1,00 \pm 0,36$ ($p < 0,05$) відповідно.

Порівняння середніх показників різниці індексу ОНІ-S між парами близнюків

| Група дослідження / Вікова категорія | Монозиготні близнюки | | Дизиготні близнюки | |
|--------------------------------------|----------------------|------------|--------------------|------------|
| | Середнє значення | p | Середнє значення | p |
| 18–25 років | $0,97 \pm 0,32$ | $p < 0,05$ | $1,07 \pm 0,47$ | $p < 0,05$ |
| 26–30 років | $0,91 \pm 0,18$ | $p < 0,05$ | $0,98 \pm 0,31$ | $p < 0,05$ |
| 31–35 років | $1,05 \pm 0,27$ | $p < 0,05$ | $0,95 \pm 0,27$ | $p < 0,05$ |
| Середні значення | $0,98 \pm 0,25$ | $p < 0,05$ | $1,00 \pm 0,36$ | $p < 0,05$ |

Висновки. Систематизовані дані свідчать про те, що в процесі дослідження не вдалося встановити факту однорідності показників стану гігієни ротової порожнини між парами монозиготних чи дизиготних близнюків, що опосередковано стверджує той факт, що цей параметр не є генетично детермінованим або ж є більш залежним від поведінкових особливостей кожного окремого індивіда.

ЕКСПРЕСІЯ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ 16 ТИПУ СЕРЕД РІЗНИХ ГІСТОЛОГІЧНИХ ТИПІВ ПЛЕОМОРФНИХ АДЕНОМ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Бродецький І.С.¹, Маланчук В.О.¹, Дядик О.О.², Мірошніченко М.С.³, Кроте́віч М.С.⁴

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, м. Київ, Україна

² Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
кафедра патологічної та топографічної анатомії, м. Київ, Україна

³ Харківський національний медичний університет,
кафедра патологічної та топографічної анатомії, м. Харків, Україна

⁴ Національний інститут раку, патологоанатомічне відділення, м. Київ, Україна

Плеоморфна аденома є найпоширенішим новоутворенням слинних залоз, що становить 70–80%. Зазвичай її виявляють у поверхневій частці привушної залози, але може уражувати підщелепну та малі слинні залози. Щоб мінімізувати частоту виникнення плеоморфної аденоми, етіологічні чинники, що спричиняють її, мають бути добре відомими. Роль вірусів папіломи людини в розвитку плеоморфної аденоми слинних залоз є дискусабельним питанням. Деякі вчені у своїх дослідженнях зазначають про можливий вплив вірусу папіломи людини на розвиток плеоморфної аденоми, з іншого боку, є праці вчених, які стверджують про відсутність таких даних.

Мета дослідження: виявити імуногістохімічні особливості експресії вірусу папіломи людини 16 типу при плеоморфній аденомі слинних залоз різних гістологічних типів.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугував операційний матеріал від 30 хворих на плеоморфну аденому слинних залоз, серед яких у 15 випадках виявлено мезенхімальний, у 10 – змішаний, у 5 – епітеліальний варіанти аденоми. Імуногістохімічне дослідження проводили з використанням мишиного моноклонального антитіла (ММА) ВПЛ 16 (клон CAMVIR-1, «Diagnostic BioSystems», USA). Візуалізацію здійснювали за допомогою системи детекції «EnVision™ FLEX» («Дак», Данія).

Результати дослідження. Експресію вірусу папіломи людини 16 типу різного ступеня вираженості визначали у 26 випадках плеоморфної аденоми слинних залоз, що становило 86,7%. Епітеліальний компонент плеоморфної аденоми слинної залози характеризувався більш вираженою експресією моноклонального антитіла до вірусу папіломи

людини 16 типу порівняно з мезенхімальним компонентом пухлини. Епітеліальний, змішаний і мезенхімальний варіанти плеоморфної аденоми слинної залози характеризувалися відповідно максимально вираженою, вираженою і помірною експресією моноклонального антитіла до вірусу папіломи людини 16 типу.

Висновки. Проведене імуногістохімічне дослідження з моноклональним антитілом до вірусу папіломи людини 16 типу виявило наявність причинно-наслідкового зв'язку інфікування хворого вірусом папіломи людини 16 типу і розвитком у нього плеоморфної аденоми слинної залози.

EXPERIENCE OF USE OF THE CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF SALIVARY STONE DISEASE OF SUBMANDIBULAR SALIVARY GLANDS: CLINICAL CASE REPORT

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

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

²Department of Maxillofacial Surgery, Lviv Regional Clinical Hospital
Lviv, Ukraine

As it is known from the statistics, most of salivary stone disease (SSD) affects the submandibular salivary gland (SSG) (up 95.0% of all cases of calculous sialoadenitis), which leads to constant improvement of existing and urgency of finding new methods of radiation diagnosis. The main method of X- diagnosis is an x-ray in two planes: lateral x-ray of the body of the mandible and occlusal radiography. This method is effective in the case with the concrement of large size. In the presence of a small calculus, or so-called «soft stone», obtaining the image of the concretion on the lateral radiograph of the body of the lower jaw is significantly hindered [7, 8]. In such cases spiral computed tomography was previously used. However, its widespread use is limited with the big number of well-known disadvantages [1, 2, 6]. According to the rapid development of cone-beam computed tomography, it is appropriate to clarify the diagnostic value of the method in the localization of the location of the stones and the specification of their sizes [4]. The aim of our work is to demonstrate the effectiveness of the use of cone-beam computed tomography (CBCT) in the examination

of patients with the salivary stone disease of the submandibular salivary glands by our own experience.

Description of the clinical case. As a clinical example, we present the case of patient P., who applied to the department of Maxillo-Facial Surgery of Lviv Regional Clinical Hospital (MFSD of LRCH) in April 2020 with complaints of sharp pain in the right mandibular area and the presence of swelling, accompanied by a pronounced feeling of «expansion». According to the patient, such complaints with varying severity of symptoms are noted periodically during 2 years before and during meals. She did not seek help before, but engaged in self-medication (taking various antibiotics, applying various compresses). The last exacerbation began about a week ago before he was admitted to the hospital. On the 4th day of the disease, she went to the dental polyclinic, where she was examined and referred for a USG examination of the right submandibular salivary gland. According to the examination protocol, no stones were found in the gland and excretory duct, instead 3 enlarged lymph nodes in the right submandibular area were visualized. After re-examination by a dental surgeon, the patient was referred to the MFSD of LRCH. Examination in the department revealed a pronounced asymmetry and disproportion of the face due to the presence of painful swelling in the right mandibular area. Palpation also revealed an enlarged and painful right SSG with surrounding lymph nodes. During the massage of the gland, the secretion of saliva or pus from the excretory duct was not observed. For further examination, the patient was referred to the CBCT according to the diagnostic algorithm. The salivary stone was localized in the middle third of the excretory duct of the SSG. This allowed planning the intervention - removal of the salivary stone from the excretory duct of the right SSG, which was performed under local anesthesia. The wound was successfully healed by secondary tension with prescription of the appropriate medical therapy. On the day of discharge, the signs of acute inflammatory were liquidated. At the time of the first post-hospital control (30th day from the date of discharge) no pathological changes were detected. The gland has fully restored its function.

Discussion. The advent of CBCT and its successful use in therapeutic dentistry, maxillofacial traumatology and dental implantology, prompted experts to conduct further research to determine the diagnostic value of CPC in various areas of surgical dentistry and maxillofacial surgery [3]. According to Z.I. Yarulina [9] the average effective dose of radiation after CBCT is

almost equal to dose of radiation after traditional orthopantomography. T. Dreiseidler et al. [5] determined the diagnostic value of the method in the diagnosis of SSD, after examination of 29 patients. The authors claim the suitability of CBCT for the diagnosis of SSD due to low radiation exposure to the patient compared to spiral computerized tomography, despite the lower image quality and artifacts. This has been the basis for our own research in order to clarify the possibilities of CBCT in the diagnosis of SSD of SSG and the prospects of replacing this method of routine X-ray diagnosis in two projections. Our previous study confirmed the high diagnostic value of the CBCT method in the diagnosis of SSD of major salivary glands due to the possibility of scanning volumetric areas or segments in 3 dimensions [5]. This method is an alternative to two-plane radiography due to:

- a significant increase in the amount and quality of diagnostic information received by the doctor;
- much lower dose of radiation exposure compared to traditional X-ray diagnostics;
- the possibility of mass use of such devices, as the sanitary standards for CBCT scanners and widespread orthopantomographs are the same.

Conclusion. Significantly lower mass and size characteristics and lower cost compared to CT and MRI are also favorable factors in favor of CBCT. Summarizing the above, it can be argued that the suitability of CBCT for widespread use in modern maxillofacial surgery in general and in the diagnosis of salivary stone disease of SSGs in particular.

Literature

1. Bodner L. Giant salivary gland calculi: Diagnostic imaging and surgical management. *Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., Oral Radiol., and Endodontol.* 2002. Vol. 94, No 3. P. 320–323.
2. Chikui T., Shimizu M., Tazuko K. Go to Interpretation of the origin of a submandibular mass by CT and MRI imaging. *Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., Oral Radiol., Endodontol.* 2004. Vol. 98, No 6. P. 721–729.
3. De Vos W., Casselman J., Swennen G.R.J. Cone-beam computerized tomography (CBCT) imaging of the oral and maxillofacial region: A systematic review of the literature. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2009. Vol. 38, No 6. P. 609–625.
4. Dreiseidler T., Ritter L., Rothamel D., Neugebauer J. Salivary calculus diagnosis with 3-dimensional cone-beam computed tomography. *Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., Oral Radiol. Endodontol.* 2010. Vol. 110, No 1. P. 94–100.
5. Filipyski A.V. Possibilities of application of cone-beam computed tomography in diagnostics of salivary-stone disease of submandibular salivary gland. *Acta Medica Leopoliensia.* 2015. Vol. 21, No 3. P. 35–40.

6. Liu Y., Li J., Tan Y. Accuracy of diagnosis of salivary gland tumors with the use of ultrasonography, computed tomography, and magnetic resonance imaging: a meta-analysis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2015. Vol. 119, No 2. P 238–245.
7. Malanchuk V.O., Volovar O.S. Garlauskaitė I.Yu. [et al.] *Oral and maxillofacial surgery: textbook in 2 volumes*. Kyiv, 2011. Vol. 1. PP. 349–352. Ukrainian (Маланчук В.О., Воловар О.С., Гарляускайте І.Ю. [та ін.]. *Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник: у 2 т.* Київ, 2011. Т. 1. С. 349–352).
8. Timofeev O.O. *Salivary glands diseases*. Lviv, 2007. PP. 5–11, 30–42. Ukrainian (Тимофєєв О.О. *Захворювання слинних залоз*. Львів, 2007. С. 5–11, 30–42).
9. Yarulina Z.I. Theoretical and organizational aspects of radiation safety in dental X-Ray examinations. *X-Ray Art*. 2014. Vol. 4, No 1. P. 36–40. (Яруліна З.І. Теоретические и организационные аспекты радиационной безопасности при рентгеностоматологических исследованиях. *X-Ray Art*. 2014. №4 (1). С. 36–40).

ЦЕРВІКО-МАНДИБУЛЯРНА ДИСФУНКЦІЯ. ФОРМИ ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Вовк В.В., Неспрядько В.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортопедичної стоматології,
м. Київ, Україна

Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) є однією з найпоширеніших хвороб стоматологічного профілю. Біомеханічна та біофізіологічна поєднаність зі структурами суміжних анатомічних ділянок пояснює мультисимптомність клінічних проявів. При цьому існує складність у відмежуванні головної етіологічної причини та наслідків її впливу на віддалені ділянки.

Функціональні та нейрофізіологічні взаємозв'язки положення нижньої щелепи та постури описують у своїх дослідженнях деякі зарубіжних науковців [1]. Клінічним симптомом є міофасціальний біль і, як результат, зміна щільності волокон сполучної тканини вздовж м'язів [2]. Таким чином, кожна зміна тонуусу м'язових волокон та довжини фасціальних ланцюгів відбивається в ділянці патологічних впливів не точково, а площинно на всьому протязі взаємозв'язку. Рухи нижньої щелепи з максимального міжгорткового положення в центральне співвідношення є не тільки ротаційними, а й безпосередньо залежить від положення голови і тіла [3,4]. Отже, в прямій біомеханічній залежності перебуває комплекс зубо-щелепний від-

діл-постура. Статистично доказано, що більше виражена дисфункція СНЩС та больовий симптом, то більший рівень дисфункції під час проведення функціональних тестів у ділянці шийного відділу хребта [5–11]. Однак результати ґрунтуються лише на опитувальниках, функціональних тестах та пальпаторному обстеженні.

Мета дослідження: прицільно дослідити положення суглобових головок у разі дисфункції СНЩС та оцінити стан шийного відділу хребта в осіб контрольної групи.

Матеріали і методи. Загальна вибірка пацієнтів становила 208 осіб. Контрольна група включала 38 осіб, дослідна – 170 осіб. Кожному пацієнтові проведено 3Д комп'ютерну томографію СНЩС і телерентгенографічне обстеження в прямій та боковій проекціях. Спираючись на положення суглобових головок, усіх пацієнти дослідної групи було віднесено до 4 різних форм: латеральної, сагітальної, вертикальної, змішаної.

Результати дослідження. Розташування суглобових головок у суглобових ямках пацієнтів контрольної групи характеризувалося центральним і дещо переднім розташуванням у сагітальній проекції. Показники медіани суглобових щілин у сагітальній проекції характеризували правий суглоб: передня – 1,53 мм, міжквартильний інтервал – 1,33–2,28 мм; верхня – 3,41 мм, міжквартильний інтервал – 2,54 – 3,88 мм; задня – 2,86 мм, міжквартильний інтервал 2,09 – 3,33 мм; лівий суглоб: передня – 1,72 мм, міжквартильний інтервал 1,34–2,43 мм; верхня – 2,87 мм, міжквартильний інтервал 2,4–3,68 мм; задня – 2,55 мм, міжквартильний інтервал 2–3,33 мм. Середні показники кута аксису, що визначалися на ТРГ у бічній проекції, у пацієнтів контрольної групи становили: медіана – 20,22°, міжквартильний інтервал – 18,88°–21,4°, що відповідає фізіологічному шийному лордозу. Дослідження шийного відділу хребта проводили на основі ТРГ у прямій проекції з визначенням положення осі, що проходить по бічній дотичній хребців праворуч і ліворуч – $\langle \text{dex} \rangle$, $\langle \text{sin} \rangle$. У пацієнтів контрольної групи показники $\langle \text{dex} \rangle$ такі: медіана – 0°, міжквартильний інтервал 0°–2,8°; $\langle \text{sin} \rangle$ 0° та 0°–2,66°.

До латеральної групи включено 9 пацієнтів. Під час проведення КТ СНЩС у 5 осіб права суглобова головка була зміщена назад, ліва розташовувалася в центрі. У 4 осіб права головка розташовувалася в центрі, ліва – зміщена назад. При цьому не є доцільним проведення порівняльних характеристик правого та лівого суглоба через анато-

мічні особливості кожної головки та суглобової ямки в процесі розвитку. Отже, кожен суглобову головку треба розглядати окремо в позиціонуванні. Порівнюючи середні показники кута аксиса $\angle C7-C1$, розраховано медіану – $13,16^\circ$ та міжквартильний інтервал – $11,34^\circ-17,21^\circ$, що відповідає згладженому лордозу. $\angle dex$ у латеральній групі відрізнявся від контрольної на рівні значущості $p < 0,001$, медіана – $4,69^\circ$, міжквартильний інтервал – $3,87^\circ-5,88^\circ$

До сагітальної групи увійшло 39 пацієнтів. Під час дослідження КТ СНЩС суглобові головки перебували в ретроположенні. Кут аксису $\angle C7-C1$ був найменшим, що свідчить про найбільший вплив зміщення суглобових головок дозадку на фізіологічний лордоз шийного відділу хребта, що відображає бічна ТРГ, множинне порівняння $p < 0,001$. Медіана становила $11,55^\circ$, що відповідає випрямленню шийного лордозу. У разі множинного порівняння $\angle dex$, $\angle sin$ фіксували відмінність від групи контролю статистично значущою; $p < 0,001$.

До вертикальної групи включено 6 пацієнтів. Під час проведення КТ СНЩС у пацієнтів цієї групи відмічали особливості розташування суглобових головок: центральне положення, але зі звуженням верхньої суглобової щілини в сагітальній і корональній проєкціях. Медіана $\angle C7-C1$ становила $14,355^\circ$, що відповідає легкому, згладженому шийному лордозу, міжквартильний інтервал – $11,13^\circ-15,11^\circ$.

До змішаної групи увійшло 123 пацієнти. Положення суглобових головок мало такий вигляд: одна зміщена допереду та назовні з латеральним «зовнішнім» звуженням, інша зміщена дозадку з латеральним «зовнішнім» звуженням. Медіана $\angle C7-C1$ – $13,74^\circ$, міжквартильний інтервал – $10,84^\circ-15,88^\circ$, що є меншим ніж у сагітальній групі. $\angle dex$ медіана – $5,11^\circ$, міжквартильний інтервал – $8,12^\circ$, $\angle sin$ медіана $8,83^\circ$, міжквартильний інтервал – $5,2^\circ-10,87^\circ$.

Висновки. Положення суглобових головок тісно залежить від змін у шийному відділі хребта. Певна закономірність простежується в кожній групі. У разі двобічної ретропозиції суглобових головок фіксуються найбільші не фізіологічні зміни в бічній проєкції шийного відділу хребта, що відбивається на показниках кута аксису. У разі однобічного зміщення однієї із суглобових головок найбільші зміни реєструють у фронтальній проєкції, а саме зміна $\angle dex/\angle sin$. У разі розташування однієї із суглобових головок у передньому положенні, іншої – в задньому спостерігають найбільші зміни $\angle dex$ та $\angle sin$ серед усіх груп.

Література

1. Sessle, B. J. (2000). Acute and chronic craniofacial pain: brainstem mechanisms of nociceptive transmission and neuroplasticity, and their clinical correlates. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 11(1), 57–91.
2. Eagan, T. S., Meltzer, K. R., & Standley, P. R. (2007). Importance of strain direction in regulating human fibroblast proliferation and cytokine secretion: a useful in vitro model for soft tissue injury and manual medicine treatments. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 30(8), 584–592.
3. Tingey, E. M., Buschang, P. H., & Throckmorton, G. S. (2001). Mandibular rest position: a reliable position influenced by head support and body posture. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, 120(6), 614–622.
4. Ishii, M., Koide, K., Ueki, M., & Asanuma, N. (2007). Influence of body and head posture on deviation of the incisal point undergoing dental treatment. *Prosthodontic research & practice*, 6(4), 217–224.
5. Von Piekartz, H., Pudelko, A., Danzeisen, M., Hall, T., & Ballenberger, N. (2016). Do subjects with acute/subacute temporomandibular disorder have associated cervical impairments: a cross-sectional study. *Manual therapy*, 26, 208–215.
6. Stiesch-Scholz, M., Fink, M., & Tschernitschek, H. (2003). Comorbidity of internal derangement of the temporomandibular joint and silent dysfunction of the cervical spine. *Journal of oral rehabilitation*, 30(4), 386–391.
7. De Wijer, A. (1996). Neck pain and temporomandibular dysfunction. *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 103(7), 263.
8. De Laat, A., Meuleman, H., Stevens, A., & Verbeke, G. (1998). Correlation between cervical spine and temporomandibular disorders. *Clinical oral investigations*, 2(2), 54–57.
9. Fink, M., Tschernitschek, H., & Stiesch-Scholz, M. (2002). Asymptomatic cervical spine dysfunction (CSD) in patients with internal derangement of the temporomandibular joint. *CRANIO®*, 20(3), 192–197.
10. Olivo, S. A., Fuentes, J., Major, P. W., Warren, S., Thie, N. M. R., & Magee, D. J. (2010). The association between neck disability and jaw disability. *Journal of oral rehabilitation*, 37(9), 670–679.
11. Silveira, A., Gadotti, I. C., Armijo-Olivo, S., Biasotto-Gonzalez, D. A., & Magee, D. (2015). Jaw dysfunction is associated with neck disability and muscle tenderness in subjects with and without chronic temporomandibular disorders. *BioMed research international*, 2015.

МОНОТЕРАПІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА ПРЕПАРАТАМИ СЕРРАТІОПЕПТИДАЗИ

Воловар О.С., Крижанівська О.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Київ, Україна

Незважаючи на широкий спектр наявних препаратів і методів, поліетіологічна природа захворювань скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), складність його будови та біомеханіки зумовлюють значні труднощі лікування. Для досягнення позитивних результатів лікування потрібно диференційовано та комплексно добирати медикаментозну терапію (Воловар О.С., 2013; Murphy M.K., 2013).

Під час лікування захворювань СНЩС враховують клінічну картину, стадію хвороби, інтенсивність болю. Терапія спрямована на пригнічення активності запального процесу, запобігання деградації суглоба, відновлення його функції тощо (Wang X.D. et al., 2012; Murphy M.K., 2013).

Серратіопептидаза (Serratia E-15 протеаза) являє собою протеолітичний фермент, виділений з непатогенної кишкової бактерії *Serratia E15*. Її фібринолітична, протизапальна та протинабрякова активність в уражених тканинах вища за інші протеолітичні ферменти (Bhagat S., 2013). Серратіопептидаза блокує вивільнення больових амінів з уражених тканин, унаслідок чого зменшується вираженість больового синдрому. Вона зв'язується з $\alpha 2$ -макроглобуліном крові, зберігаючи свою ферментативну активність. Гідролізуючи брадикінін, гістамін та серотонін, серратіопептидаза знижує рівень медіаторів запалення, зменшує інтенсивність болю, розширення капілярів і контролює їх проникність. Фермент блокує інгібітори плазміну, гідролізує фібрин, перешкоджаючи утворенню спайок, поліпшує мікроциркуляцію, підвищує біодоступність НПЗП, антибіотиків і деяких інших фармакологічних речовин (Garg R. et al., 2012; Шуба В.Й., 2016; Воловар О.С., 2019).

Мета роботи: оцінити ефективність монотерапії серратіопептидазою у пацієнтів із захворюваннями СНЩС.

Матеріали і методи. У дослідженні брали участь 24 пацієнти (ч. –

5, ж. – 19) із захворюваннями СНЩС середнього віку $45,2 \pm 7,3$ року. З анамнезу захворювання відсутні порушення згортання крові, алергічні реакції на будь-які компоненти досліджуваних препаратів, тяжка супутня патологія внутрішніх органів.

Обстеження проводили за класичною методикою обстеження пацієнтів із захворюваннями СНЩС: до лікування, на 7-у, 21-у, 30-у добу після призначеного курсу медикаментозної терапії.

Вираженість больового синдрому оцінювали за шкалою Verbal Descriptor Scale (VDS), згідно з якою: 0 балів – біль відсутній, 2 бали – слабкий біль, 4 бали – помірний біль, 6 балів – сильний біль, 8 балів – дуже сильний біль, 10 балів – нестерпний біль.

Пацієнти приймали серратіопептидазу в дозі 10 мг по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 20 днів у разі вираженості больового синдрому до 6 балів і 30 днів за наявності вираженості болю понад 8 балів.

Результати дослідження. Більшість пацієнтів – 21 (87,5%) скаржилися на біль у СНЩС. Помірний тупий ниючий біль у СНЩС у стані спокою був у 13 (54,2%) пацієнтів, середнє значення його за шкалою VDS становило $3,5 \pm 1,1$ бала. Під час жування твердої їжі чи активних рухів нижньої щелепи (НЩ) біль посилювався і становив $6,1 \pm 1,3$ бала. Вісім (33,3%) осіб скаржилися на сильний біль ($5,9 \pm 1,0$ бала) у СНЩС лише під час відкривання рота та жування твердої їжі, у стані спокою біль не виникав. Десять (41,7%) пацієнтів відзначали ранкову скутість у ділянці ураженого суглоба упродовж 20 хв, яка поступово зменшувалася і зникала.

Під час об'єктивного обстеження виявлено обмеження рухів НЩ, відкривання рота до $3,25 \pm 0,86$ см. Діагностовано зміщення НЩ під час відкривання рота в бік ураженого СНЩС, хрускіт чи крепітацію в суглобі.

Під час опитування через 7 днів лікування у 100 % пацієнтів з'ясовано, що інтенсивність болю в СНЩС зменшилася, біль майже не турбував у стані спокою, що оцінювали у $2,1 \pm 1,1$ бала. Під час жування твердої їжі біль зберігався, однак став менш інтенсивним ($4,3 \pm 1,0$ бала). Під час повторних відвідувань помічено збільшення відкривання рота до $4,0 \pm 1,0$ см, поліпшення обсягу рухів НЩ, зменшився хрускіт чи крепітація в суглобі.

На 21-й день лікування з'ясовано, що інтенсивність болю в СНЩС у стані спокою після закінчення прийому серратіопептидази була

меншою, ніж до початку лікування, що становило $2,1 \pm 1,1$ бала. Під час жування інтенсивність болю була також меншою ($2,2 \pm 0,8$ бала).

Під час повторних відвідувань через 1 міс спостереження у пацієнтів були кращі показники інтенсивності зменшення болю як в стані спокою, так і під час жування: відповідно $0,6 \pm 0,4$ та $1,6 \pm 1,1$ бала. Таку ж само закономірність відзначали у пацієнтів і в поліпшенні обсягу рухів НЩ та відкриванні рота ($4,3 \pm 0,9$ см).

Висновки. Монотерапія серратіопептидазою пацієнтів із захворюваннями СНЩС з вираженим больовим синдромом зменшує інтенсивність болю в суглобі як в стані спокою, так і під час активних рухів НЩ, поліпшує обсяг рухів у СНЩС, ступінь відкривання рота до $4,4 \pm 1,0$ см.

Препарат серратіопептидази добре переноситься пацієнтами, не було скарг з боку травної, сечової систем, алергічних реакцій. У разі вираженості больового синдрому ≤ 6 балів за шкалою VDS рекомендовано курс лікування – 21 день, у разі больового синдрому ≥ 6 балів – 30 днів.

Література

1. Воловар О.С. Діагностика та лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглоба на фоні соматичних захворювань: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Київ, 2013. – 40 с.
2. Воловар О.С. Серратіопептидаза в комплексному лікуванні захворювань скронево-нижньощелепного суглоба / О.С. Воловар, О.О. Крижанівська // Вісник стоматології, 2019. – №4(109). – С. 50–56.
3. Murphy M.K., MacBarb R.F., Wong M.E., Athanasiou K.A. Temporomandibular Joint Disorders: A Review of Etiology, Clinical Management, and Tissue Engineering Strategies. The International journal of oral & maxillofacial implants, 2013; 28(6):e393–e414.
4. Шуба В.Й. Остеоартроз: рання діагностика та лікування. Укр. мед. Часопис, 2016. – I/II. – 1 (111) – С. 59–65.
5. Wang X.D., Kou X.X., Mao J.J. et al. Sustained inflammation induces degeneration of the temporomandibular joint // Journal of Dental Research, 2012. – Vol. 91, № 5. – P.499–505.
6. Bhagat S., Agarwal M., Roy V. Serratiopeptidase: A systematic review of the existing evidence // International Journal of Surgery, 2013. – 11. – P. 209–217.
7. Garg R., Aslam S., Garg A., Walia R. A prospective comparative study of serratiopeptidase and aceclofenac in upper and lower limb soft tissue trauma cases // Intern. J. Pharmacol. Pharmaceut. Technol., 2012. – 1(2). – P. 2277–3436.

LOCAL CORRECTION OF TISSUE HYPOXIA IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS (EXPERIMENTAL STUDY)

Volovyk I. A., Borysenko A. V.

Bogomolets National Medical University,
Department of Therapeutic Dentistry
Kyiv, Ukraine

A significant increase in the prevalence of generalized periodontitis up to 90% among the population is not the only one problem. The fact that the disease is becoming younger every year should also be mentioned. Timely correct diagnostics and comprehensive treatment has a considerable role. Antibacterial and anti-inflammatory drugs are widely used for the treatment of periodontal diseases. Modern antimicrobials of different spectrum effectively influence the periodontal pathogenic microflora. But most of them, depending on the concentration and time of exposure, exert a cytotoxic effect not only on pathogenic microflora but also on the cells of periodontal tissues.

Thus, there is a need for the development and application of new pharmacological composition of local action for the integrated treatment of generalized periodontitis, which would not only have the antimicrobial properties but could also remove the effects of hypoxia and normalize oxygen-dependent metabolic and energy processes in periodontal tissues.

Aim: to develop and experimentally substantiate the choice of a pharmacological composition of local action for the complex treatment of patients with generalized periodontitis.

Materials and methods. The following drugs were used for the study: Metronidazole (5 mg/ml), Chlorhexidine (0.05% solution), Cytoflavin (ampoule). The effect of the studied preparations, both separated and combined, was evaluated on cell culture of epithelial origin HeLa using MTT test. Cultivation of cells was performed under standard conditions research (5% CO₂, 100% humidity, temperature 37°C). The study was performed according to the Protocol. Temporary period of an application of cells with studied drugs within 5 to 20 min. The measurements of the optical absorption of the solution were performed on a spectrophotometer BioTech uQuant (BioTek Instruments, Inc USA). Statistical data processing was carried out under the program Microsoft Excel 2010.

Results. When application of both drugs (Metronidazole and Chlorhexidine) the number of living cells was only 15% (* $p < 0,05$) and 3,5% (# $p < 0,05$), compared to the control, with incubation time of 5 and 20 minutes, respectively. As the concentration of these preparations decreases, the number of living cells increases. Cytoflavin in its turn had a marked cytoprotective action and did not have any cytotoxic effects. Cytoflavin has a pronounced cytoprotective effect, as cell viability increased by 4% (* $p < 0,05$) and 17% (# $p < 0,05$), compared with controls, at 5 and 20 min exposure times, respectively. When introducing 100 mkl pharmacological composition (Metronidazole (2.5 mg/ml), Chlorhexidine (0.025%), Cytoflavin), in ratio 90 mkl (Metronidazole:Chlorhexidine, as 1:1) and 10 mkl Cytoflavin®, the number of living cells was only 15% (* $p < 0,05$) and 6% (# $p < 0,05$), compared to the control, with incubation time of 5 and 20 minutes, respectively. At successive increase of Cytoflavin® until 20, 30, 40, 50, 60, 70 mkl in the content of pharmacological composition, the rise of epithelial cells' vital activity is grown. When the ratio of Metronidazole, Chlorhexidine and Cytoflavin® was as 1: 1: 8, cell vital activity was almost completely restored (more 75% (* $p < 0,05$)). The best positive effect of the composition was observed at the time of exposure of 5 minutes.

Conclusions. At local treatment of generalized periodontitis, epithelial cells of the mucous membrane of the gingiva are the main target-cells of all drugs. Taking these circumstances into consideration the experimental research using cells of epithelial origin was carried out.

It was experimentally established that the use of preparations with antiprotozoal and antimicrobial properties leads to cytotoxic effects on vital activity of epithelial cells. It was also proved that anti-hypoxic preparation has a strong cytoprotective action.

A new pharmacological composition with antimicrobial and cytoprotective action, consisting of three preparations (Metronidazole, Chlorhexidine, Cytoflavin®), was developed. The choice of optimal concentrations, equivalent ratios and time of exposure preparations in it was substantiated. Methodically and scientifically selected of pharmacological composition, will exhibit a positive therapeutic effect on periodontal tissues.

References

1. Araújo C. A., Gusmão E. S., Batista J. E., Cimões R. Impact of periodontal disease on quality of life // Quintessence Int., 2010. – V. 41. – P. e111–e118.

2. Da Rocha H. A., Silva C. F., Santiago F. L., Martins L. G., Dias P. C., De Magalhães D. Local Drug Delivery Systems in the Treatment of Periodontitis: A Literature Review // J. Int. Acad. Periodontol., 2015. – V. 17, № 3. – P. 82–90.
3. Gözl L., Memmert S., Rath-Deschner B., Jäger A., Appel T., Baumgarten G., Götz W., Frede S. Hypoxia and *P. gingivalis* synergistically induce HIF-1 and NF- κ B activation in PDL cells and periodontal diseases // Mediators Inflamm., 2015: 438085, doi: 10.1155/2015/438085
4. Mosmann T. Rapid colorimetric assay for cellular growth and survival: application to proliferation and cytotoxicity assays // Immunol. Methods., 1983. – V. 65, № 1–2. – P. 55–63.

ALZHEIMER'S DISEASE: PERIODONTAL PATHOGENS AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT

Harashchuk I.V.

State Establishment «The Institute of Stomatology and Maxillo-Facial Surgery
National Academy of Medical Sciences of Ukraine»
Odessa, Ukraine

Cognitive impairment and dementia are currently one of the most common causes of disability among patients of different ages. The most common cause of dementia is Alzheimer's disease (AD) [1–3].

Aspects of the relationship between somatic and dental diseases are multifaceted. On the one hand, the occurrence and course of diseases of oral cavity organs and tissues depend on the severity of common diseases. On the other hand, there is an evidence base indicating the negative impact of dental diseases on the course of somatic pathology, on the development of focal diseases of the body [4].

It is noted that periodontal disease is a risk factor for the onset and aggravation of the course of Alzheimer's disease [5].

Porphyromonas gingivalis, a keystone pathogen in chronic periodontitis, has been found to associate with remote body organ inflammatory pathologies, including atherosclerosis and Alzheimer's disease (AD) [6].

In periodontitis, this bacterium inhibits the synthesis of IL-2 and increases humoral responses. This reduces the inflammatory responses related to T- and B-cell activation, and subsequent IFN- γ secretion by a subset of T cells. The T cells further suppress upregulation of programmed cell death-1 (PD-1)-receptor on CD⁺ cells and its ligand PD-L1 on CD11b⁺-subset of T cells. IL-2 downregulates genes regulated by immune response

and induces a cytokine pattern in which the Th17 lineage is favored, thereby modulating the Th17/T-regulatory cell (Treg) imbalance. The suppression of IFN- γ -stimulated release of interferon-inducible protein-10 (IP-10) chemokine ligands [ITAC (CXCL11) and Mig (CXCL9)] by *P. gingivalis* capsular serotypes triggers distinct T cell responses and contributes to local immune evasion by release of its outer membrane vesicles.

In AD, *P. gingivalis* may affect the blood–brain barrier permeability and inhibit local IFN- γ response by preventing entry of immune cells into the brain. The scarcity of adaptive immune cells in AD neuropathology implies *P. gingivalis* infection of the brain likely causing impaired clearance of insoluble amyloid and inducing immunosuppression [6].

Oral infections with *Porphyromonas gingivalis*, or introduction of its lipopolysaccharide (LPS), in various mouse models has demonstrated the development of key neuropathological hallmark lesions defining AD. These are extracellular amyloid-beta plaques, phosphorylated tau, neurofibrillary tangles, widespread acute and chronic inflammation, blood–brain barrier defects together with the clinical phenotype showing impaired learning and spatial memory [7].

Various hypotheses, including common susceptibility, systemic inflammation, direct bacterial infection and cross-reactivity, or molecular mimicry, between bacterial antigens and self-antigens, have been postulated to explain these relationships. In this scenario, the association of periodontal disease with systemic diseases has set the stage for introducing the concept of periodontal medicine [4].

Thus, treating periodontal disease as well as maintaining a healthy oral microbiome will be an important part of Alzheimer's prevention.

References

1. Лобзин В.Ю., Колмакова К.А., Емелин А.Ю. Новый взгляд на патогенез болезни Альцгеймера: современные представления о клиренсе амилоида. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*, 2018, № 2, С. 22–28. DOI : 10.31363/2313–7053–2018–2–22–28.
2. Гаврилова С. И. Предементная стадия болезни Альцгеймера: современные подходы к диагностике и фармакотерапии // *Доктор.Ру*. 2017. № 8 (137). С. 44–49.
3. Alzheimer's Association: 2017 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement* 13:325–373, 2017.
4. Pizzo G., Guiglia R., Lo Russo L., Campisi G. Dentistry and internal medicine: from the focal infection theory to the periodontal medicine concept / G. Pizzoa, R. Guigliaa, L. L. Russob, et al. // *Eur J Intern Med*. 2010 Dec;21(6):496–502. doi: 10.1016/j.ejim.2010.07.011

5. Gaur S., Agnihotri R. Alzheimer's disease and chronic periodontitis: Is there an association? // *Geriatr Gerontol Int.* – 2015. – Vol. 15, № 4. – P. 391–404.
6. Ingar Olsen, Martin A. Taubman & Sim K. Singhrao (2016) *Porphyromonas gingivalis* suppresses adaptive immunity in periodontitis, atherosclerosis, and Alzheimer's disease, *Journal of Oral Microbiology*, 8:1, DOI: 10.3402/jom.v8.33029.
7. Sim K. Singhrao & Ingar Olsen (2019) Assessing the role of *Porphyromonas gingivalis* in periodontitis to determine a causative relationship with Alzheimer's disease, *Journal of Oral Microbiology*, 11:1, 1563405, DOI: 10.1080/20002297.2018.1563405

КІЛЬКІСНІ ЗМІНИ САЛІВАЦІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Глущенко Т.А.

Буковинський державний медичний університет,
кафедра терапевтичної стоматології
м. Чернівці, Україна

Теми ризиків, що пов'язані асоціацією з різними метаболічними порушеннями, стали одними з найважливіших тем досліджень у пародонтології.

Метаболічний синдром супроводжується абдомінальним ожирінням, гіперглікемією, гіпертензією і дисліпідемією, щільно корелює з розвитком серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу і призводить до патологічних змін майже в усіх органах і тканинах організму, у тому числі в порожнині рота.

Ротова рідина належить до інтегральних середовищ організму людини, отже, як метаболічні процеси впливають на її склад, так і компоненти ротової рідини дають місцевий і системний ефект, що дозволяє вважати її важливим чинником у підтриманні здоров'я людини.

Мета дослідження: вивчити кількісні зміни ротової рідини при захворюваннях пародонта на тлі метаболічного синдрому.

Матеріали і методи. Для досліджень було сформовано 2 групи пацієнтів: основну і порівняльну. До основної групи увійшли 30 осіб із запально-дистрофічними ураженнями пародонта на тлі метаболічного синдрому, групу порівняння – 30 осіб із захворюваннями пародонта без ендокринологічної патології.

Ротову рідину для дослідження збирали протягом 15 хв після полоскання порожнини рота дистильованою водою без стимуляції сли-

новиділення. Швидкість слиновиділення за певний проміжок часу визначали за формулою:

$$\text{Шс} = V/T,$$

де Шс – швидкість слиновиділення (у мл/хв), V – об'єм виділеної слини (в мл), T – час забору слини (у хв). Швидкість слиновиділення вимірювали в мл/хв.

Результати дослідження. Згідно з отриманими даними середнє значення швидкості слиновиділення у хворих із метаболічним синдромом ($0,41 \pm 0,04$ мл/хв) було нижчим за нормативні значення для даного показника ($0,5$ мл/хв) та у 1,5 разу меншим за аналогічне значення в осіб без ендокринологічної патології ($0,60 \pm 0,07$ мл/хв; $p < 0,01$).

У віковому діапазоні 25–34 роки швидкість слиновиділення у хворих основної групи становила $0,45 \pm 0,05$ мл/хв, що було нижчим за показник осіб групи порівняння у 1,3 разу ($0,58 \pm 0,08$ мл/хв; $p < 0,01$). У віковому діапазоні 35–44 роки в осіб із метаболічним синдромом спостерігали зниження інтенсивності саливації до $0,40 \pm 0,04$ мл/хв. У групі осіб, не обтяжених ендокринологічною патологією, також спостерігали сповільнення саливації, проте воно було незначним ($0,58 \pm 0,08$ мл/хв та $0,56 \pm 0,07$ мл/хв; $p < 0,05$), і даний показник перервищував аналогічний основної групи у 1,4 разу; $p < 0,01$. Зі збільшенням віку до 45–55 років у хворих із метаболічним синдромом рівень секреції слини знизився до цифрового показника $0,36 \pm 0,08$ мл/хв та був у 1,5 разу нижчим за показник осіб без соматичної патології ($0,55 \pm 0,06$ мл/хв; $p < 0,01$).

Висновки. Результати проведених досліджень дозволили виявити явища гіпосаливації в осіб усіх вікових груп та зниження рівня секреції слини з віком, що підтверджувалося об'єктивними скаргами хворих на сухість у порожнині рота та відсутність вільної слини, що викликало суттєвий дискомфорт у даної категорії пацієнтів і потребувало адекватної корекції.

Література

1. Биохимические маркеры воспаления тканей ротовой полости: методические рекомендации /А. П. Левицкий и др. – 2010. – С. 16.

2. Звенигородская Л.А. Метаболический синдром: основы патогенеза, исследования в будущем // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол., 2007. – № 1. – С. 5–7.
3. Пасечник А.В., Моисеева Е.Г., Фролов В.А, Дроздова Г. А. Пародонтит и метаболические нарушения: Учебно-методическое пособие. – М., 2011. – 30 с.
4. Ткаченко В.І., Багро Т.О., Видиборець Н.В., Бондар О.К. Метаболічний синдром: діагностика та профілактика в практиці сімейного лікаря // Ліки України, 2016. – № 1–2 (197–198). – С. 43–46.

ВПЛИВ ГЕЛЮ «ФІАЛКА» НА АКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТУ

Горбатовька Н.В., Ніколаєва Г.В., Новицький В.Б.

ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН»
м. Одеса, Україна

Однією з головних біологічних ланок початкових патологічних змін у тканинах пародонта вважають активацію вільно радикального окислення [1], що свідчить про зсуви в системі «перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) – антиоксидантного захисту (АОЗ)».

Гель «Фіалка», розроблений нами шляхом використання комплексу біологічно активних речовин рослинного походження, за рахунок чого забезпечується пролонгована протизапальна дія, містить траву фіалки триколірної. Встановлено, що домінуючою флавоноїдною сполукою гелю є рутин – глікозид кверцетину, що належить до групи ангіопротекторів та коректорів мікроциркуляції [2].

Мета роботи: експериментальне вивчення антиоксидантних властивостей гелю «Фіалка» для ротової порожнини на токсичній кальцій-дефіцитній моделі.

Матеріали і методи. Для експериментального моделювання патології пародонта у білих щурів на тлі токсичного кальційдефіцитного стану тваринам щодня з питною водою давали 2% розчин ЕДТА і тричі на тиждень вводили регоспрепарат Варфарин Орион (антагоніст вітаміну К) в дозі 5 мг/кг (у перерахунку на діючу речовину варфарин натрію – 0,01 мг/кг) протягом 30 діб. У дослідженні брали участь 4 групи (8 особин у кожній): 1-а – інтактні; 2-а – «модель»; 3-я – «модель» + нанесення на ясна гелю Плацебо; 4-а – «модель» + нанесення на ясна гелю «Фіалка». Гелі наносили починаючи із 7-ї доби протягом 30 діб. Досліджували рівень маркерів запалення: вміст малонового ді-

альдегіду (МД), активність глутатіонпероксидази (ГП), глутатіонредуктази (ГР), глюкозо-6-фосфатдегідрогенази (Г-6-ФДГ), супероксиддисмутази (СОД) та каталази (КАТ), дієнову кон'югацію (ДК) [3].

Результати дослідження. Інтенсифікація процесів ПОЛ при моделюванні пародонтиту у тварин характеризувалася підвищенням рівня ДК і МДА в сироватці крові на 32,6–91,9 % ($p < 0,01$) відносно контролю. Перебіг процесу відбувався на тлі дисбалансу в роботі системи АОЗ. Виявлено пригнічення активності ферментів ГП, ГР і Г-6-ФДГ більше ніж на 26,0 % ($p < 0,05$) та компенсаторне підвищення каталазної активності на 19,1 % ($p < 0,05$). При цьому співвідношення СОД/КАТ в 1,12–1,24 рази було вищим порівняно з контролем, що свідчить про підвищення утворення активних форм кисню і порушення збалансованої роботи даної системи, а це може призвести до розвитку цитотоксичних ефектів у тканинах, і поглиблення важкості гіпоксичних станів.

Результати досліджень пародонтопротекторних властивостей гелю Плацебо під час моделювання пародонтиту на тлі розвитку кальційдефіцитного стану не виявили будь-яких позитивних змін у стані тварин за біохімічними показниками стосовно тварин 2-ї групи (модель пародонтиту). При цьому зберігалися вірогідні зміни усіх досліджених показників стосовно тварин контрольної групи як на системному рівні, так і локальному (в тканинах пародонту): стан прота антиоксидантних систем як в сироватці, так і в тканинах пародонту зберігав протягом експерименту виражений дисбаланс – підвищення ДК і МДА більш ніж на 65,4 і 20,0 % ($p < 0,05$), зменшення активності глутатіонантиоксидантної системи (за показниками ГП, ГР, Г-6-ФДГ – зниження в 1,2–1,3 рази ($p < 0,05$)) та компенсаторне підвищення каталазної активності в 1,4 рази ($p < 0,05$).

Результати досліджень пародонтопротекторних властивостей гелю «Фіалка» для порожнини рота під час моделювання пародонтиту на тлі розвитку кальційдефіцитних станів показали ефективність його застосування. Вміст МДА у тварин 4-ї групи зменшився в 1,1–1,2 рази, при цьому рівень ДК залишався вищим за показники контролю в 1,3–1,6 рази ($p < 0,01$), одночасно відбувалася стабілізація активності маркерних ферментів глутатіонантиоксидантного захисту в сироватці крові (ГП, ГР, Г-6-ФДГ) в разі вірогідної активації активності СОД і КАТ в 1,2 рази ($p < 0,05$) із стабілізацією співвідношення СОД/КАТ.

Висновки. Застосована модель пародонтиту в разі поєднаного введення препарату Варфарин Оріон та 2% розчину ЕДТА спричинювала у тварин запальні процеси у крові та тканинах пародонту, що підтверджується змінами системи про- та антиоксидантного захисту.

Застосування гелю «Фіалка» для порожнини рота показало вірогідні позитивні загальні та локальні ефекти безпосередньо в тканинах пародонту, що виражалися в стабілізації показників системи антирадикального захисту.

Література

1. Бакуев М.М., Магомедов К.К., Шахбанов Р.К., Магомедов М.М. Состояние антиоксидантных систем при различных патологических состояниях организма // Известия Дагестанского государственного педагогического ун-та. Естественные и точные науки, 2012. – № 33. – С. 62–66.
2. Бубенчиков Р.А. Фармакогностическое изучение растений рода фиалка и спектр их фармакологической активности: Дис...д-ра фармац. наук. – Пятигорск, 2011. – 311 с.
3. Казимирко В.К., Мальцев В. И. Антиоксидантная система и ее функционирование в организме человека // Здоровье Украины, 2004. – № 98. – С. 40–45.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ «GBT» У ПРОФЕСІЙНІЙ ГІГІЄНІ ПОРОЖНИНИ РОТА

Горленко Т.І.

ТОВ «Клініка Л-стоматологія»
м. Київ, Україна

Концепція «GBT» (Guided Biofilm Therapy) – дослівно це – керування біоплівкою (над`ясенною та під`ясенною). Раніше біоплівці приділялось мало уваги. Наразі доведено, що захворювання тканин пародонта запального генезу спричинюють мікроорганізми, що містяться в субгінгівальній частині біоплівки чи зубної бляшки.

Основною метою протоколу GBT є спільна робота лікаря та пацієнта, спрямована на виявлення та контроль біоплівки, використання індивідуальних інструкцій щодо догляду за порожниною рота, мотивація пацієнтів різних вікових груп (особливо дітей) та підвищення комфорту під час усієї процедури.

Професійна гігієна порожнини рота є важливою складовою профілактики захворювань тканин пародонта. Стандартна методика проведення професійної гігієни порожнини рота передбачає: видалення

над'ясенних та під'ясенних твердих і м'яких зубних відкладень за допомогою ультразвуку, повітряно-абразивне полірування, полірування за допомогою щіточок або гумових головок та паст, обробка зубною ниткою, фторування.

Мета дослідження. Узагальнити досвід використання методики GBT у професійній гігієні порожнини рота.

Результати дослідження. У нашій клініці процедуру зняття зубних відкладень проводимо вже 8 років і помітили, що використання маркерів нальоту, послідовність використання ультразвуку та air-flow, використання різних порошків для повітряно-абразивного полірування зубів та мотивація пацієнтів на домашню гігієну мають важливе значення.

Обов'язковим у методиці GBT є використання маркерів зубного нальоту. Раніше, коли ми не використовували індикатори нальоту, ефективність процедури була на 30–40% нижчою – як показав аналіз історій хвороби та повторні відвідування. Найбільш забрудненими залишалися під'ясенні ділянки молярів та премолярів з боку порожнини рота та міжзубні проміжки. Нині використовуємо індикатори нальоту Mira-2-ton та Paroplak. Вважаємо, що Paroplak є більш інформативним та більш зручним у використанні.

Часто лікарі працюють за протоколом і не звертають уваги на черговість використання ультразвуку та air-flow. Нами клінічно досліджено, що в разі використання спочатку ультразвуку, потім air-flow якість гігієнічної чистки була недостатньою. І під час повторних оглядів виявляли під'ясенні зубні відкладення.

Довелося змінити черговість та почати використовувати air-flow перед ультразвуком, особливо у пацієнтів, в яких була схильність до утворення твердих зубних відкладень. Виявили, що air-flow дає візуально більші можливості щодо визначення під'ясенних зубних відкладень, а також спричинює не таку значну кровоточивість ясен перед використанням ультразвуку, що також дає більш ефективний візуальний контроль. Вважаємо, що послідовність використання air-flow та ультразвуку за наявності твердих зубних відкладень має значення саме для візуального доступу до тих ділянок, які часто не візуалізуються, коли їх вкриває м'який зубний наліт. Також у разі використання спочатку air-flow немає потреби використовувати ультразвук у ділянці, де відсутні тверді зубні відкладення, що своєю

чергою дає змогу провести гігієнічну маніпуляцію менш інвазивно і менш травматично, а також виключає потребу в надмірному використанні ручних інструментів (кюрет та ручних скейлерів).

Раніше для проведення методики air-flow ми використовували натрію бікарбонат (соду), яка погано себе зарекомендувала у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта – спричинювала загострення запального процесу, ясна ставали десквамованими, ерозованими, пухкими. Також натрію бікарбонат спричинював дискомфорт у пацієнтів зі здоровим пародонтом.

Нині ми диференційовано використовуємо різні порошки для проведення професійної гігієни: кальцію карбонат, гліцин, еритритол. Кальцію карбонат використовуємо у дорослих пацієнтів з твердим пігментованим нальотом, нальотом курця лише для над'ясенної обробки. Еритритол використовуємо у 95% клінічних випадків для очищення поверхні зубів та під'ясенного очищення на глибину до 4 мм. Також еритритол використовуємо в ділянці дентальних імплантів. Після використання його (абразивність 14 мікрон) відпадає потреба в поліруванні зубів абразивними пастами.

Висновки. Наш клінічний досвід показує, що саме використання методики GBT на гігієнічному та пародонтологічному прийомах дає більш високу ефективність в описаному алгоритмі, а саме краща візуалізація під'ясенного каменю, більш якісне проведення процедури професійної гігієни, зниження використання ручного інструментарію, кращі клінічні результати, комфортніша процедура для пацієнта.

Література

1. Axelsson P, Lindhe J. Effects of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. 1978, 5, 133.
2. Axelsson P, Lindhe J, Nystrom B. On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. 1991, 18, 182.
3. Drago L, Del Fabbro M, Bortolin M, Vassena C, De Vecchi E, Taschieri S. Biofilm Removal and Antimicrobial Activity of Two Different Air-Polishing Powders. An in Vitro Study, Journal of Periodontology, 2014, 85, 11, 363–369. doi: 10.1902/jop.2014.140134.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ОКЛЮЗІЙНОЇ ПОВЕРХНІ ПЕРШОГО НИЖНЬОГО МОЛЯРА

Готич Р.І.¹, Воробець А.Б.²

¹ Стоматологічне відділення КНПТРР «Тернопільська центральна районна лікарня»

² Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України, кафедра ортопедичної стоматології
м. Тернопіль, Україна

Сучасні методи ортопедичного лікування за допомогою незнімних ортопедичних конструкцій передбачають відновлення природної конфігурації і розмірів оклюзійної поверхні відсутніх зубів з урахуванням функціонального стану жувального апарату. При цьому має місце велика кількість відмінностей антропометричних показників зубів і щелеп у представників різних статі, раси і національності [1, 3]. Подібні дані необхідні для ефективнішого відновлення природної форми оклюзійної поверхні зубів, що особливо має важливе значення під час конструювання мостоподібних протезів.

Мета дослідження: вивчити одонтогліфічні та одонтометричні параметри коронок першого моляра нижньої щелепи в осіб чоловічої і жіночої статі та розробити індивідуальну методику відновлення втраченої форми зуба.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети використано одонтогліфічний, одонтометричний та статистичний методи дослідження [2, 3].

Результати дослідження. Перший мольар 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 (у чоловіків) та 10,3 мм (у жінок). Показники вестибуло-лінгвального розміру коронки мають такі значення: 10,4 мм – у чоловіків та 10,2 мм – у жінок. Встановлено, що висота коронки варіює в межах 6,2 – 6,5 мм відповідно у чоловіків та жінок. Запропоновано індивідуальну методику моделювання оклюзійної поверхні першого нижнього моляра, яка полягає в її поетапному формуванні. Після зняття відбитків і виготовлення розбірних моделей проводили їх фіксацію в артикуляторі. Виготовлення розбірних моделей дає змогу працювати з кожним зубом

окремо. Отримували воскові ковпачки майбутніх штучних коронок із занурювального воску (виробник – фірма BREDENT, Німеччина) і виготовляли модель за допомогою моделювальних восків зазначеної фірми-виробника. Спочатку формували зовнішні контури коронки, відповідно до отриманих одонтометричних параметрів. Проводили формування вестибулярної та оральної поверхонь, наносили контури щічної та язикової проміжних фісур. Формували контактні поверхні. Враховуючи отримані дані одонтогліфічного дослідження для першого моляра нижньої щелепи у чоловіків та жінок, характерним є ігрек-п'ять тип візерунку. На жувальній поверхні є п'ять горбиків – 3 щічних і 2 язикових. Спочатку моделювали щічно-дистальний горбик. Основний виступ формує щічну верхівку горбика. Він спускається до центральної ямки під гострим кутом у вигляді трикутника з рівними сторонами. Гребінь даного горбика необхідно формувати дещо вигнутим. Наступним етапом є формування щічно-медіального горбика. Основний виступ утворює верхівку горбика і закінчується біля дистальної фісури щічно-дистального горбика. За розміром він дещо ширший, ніж дистальний додатковий гребінь. Його ребро дещо зміщене в медіальний бік. Моделювання групи щічних горбиків закінчується формуванням дистального горбика. Формуємо крайовий виступ. Він починається в дистальній частині щічно-дистального горбика і доходить до апроксимальної поверхні, де закінчується валиком, спрямованим до дистальної ямки. Далі формуємо основний гребінь дистального горбика, який також спрямований до дистальної ямки.

Наступним етапом є формування язикової групи горбиків. Формуємо верхівку язиково-медіального горбика. Вона має бути звернена до центральної ямки. Апроксимальна ділянка вказаного горбика закінчується крайовим гребенем, що починається від верхівки горбика і закінчується валиком, спрямованим до мезіальної ямки. Моделювання язиково-медіального горбика закінчується формуванням дистального додаткового гребеня. Наступним етапом є формування язиково-дистального горбика. Основний його виступ направлений до центральної ямки, але, не доходячи до неї, закінчується під тупим кутом. Варто зазначити, що потрібно формувати випуклі поверхні горбиків та гребенів, що дозволить рівномірно розподілити оклюзійні контакти з невеликими за площею контактними пунктами. Зав-

дяки цьому оклюзійне навантаження розподіляється рівномірно по всій оклюзійній поверхні, таким чином зменшуючи навантаження.

Висновки. Вважаємо за доцільне враховувати вищенаведені характеристики жувальної поверхні молярів верхньої та нижньої щелеп осіб чоловічої та жіночої статі для створення якісних ортопедичних конструкцій, які би повною мірою відновлювали жувальну функцію.

Література

1. Sex differences of odontometrical indexes crowns of molars / P. Hasiuk, A. Vorobets, N. Hasiuk, S. Rosolovska, I. Bodnarchuk, V. Radchuk // *Interventional Medicine and Applied Science*, 2017. – № 9(3). – С. 160–163.
2. Зубов А. А. Методическое пособие по антропологическому анализу одонтологических материалов / М.: Вестник антропологии, 2006. – 90 с.
3. Гасюк А. П., П. М. Скрипніков. Атлас одонтогліфіки людини / Полтава, видавництво «Полтава», 2001. – 87 с.

КОМБІНОВАНИЙ СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ З УЛЬТРАЗВУКОВИМ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНИМ ОБРОБЛЕННЯМ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЬ

Гриновець І.С.¹, Ріпецька О.Р.², Гриновець В.С.², Денег І.С., Бучковська А.Ю.²

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

¹ кафедра технології ліків і біофармації

² кафедра терапевтичної стоматології

м. Львів, Україна

Традиційно лікування хронічного генералізованого пародонтиту з метою ефективного під'ясенного скейлінгу та оброблення пародонтальних кишень проводять шляхом застосування п'єзокерамічного скейлера, а також проведення місцевої протизапальної терапії.

Мета дослідження: забезпечення відповідного антисептичного локалізованого фармакотерапевтичного ефекту з пролонгованою дією.

Матеріали і методи. Терапевтичний курс для хворих із генералізованим пародонтитом передбачає проведення двох сеансів з оброблення пародонтальних кишень [1]. Під час першого сеансу проводять під'ясенний скейлінг ручним і ультразвуковим методами. Надалі для усунення залишків під'ясенного каменю, некротизованого це-

менту, мікробної біоплівки та грануляції застосовують п'єзокерамічний скейлер, яким обробляють переважно корінь зуба. Для цього пародонтальні кишені рясно зрошують 0,2 % розчином хлоргексидину і накладають антисептичну пародонтальну пов'язку.

Другий сеанс оброблення пародонтальних кишень проводять після усунення запальних проявів у яснах і нормалізації індексу кровоточивості використовуючи повторну ультразвукову обробку їх. Цю процедуру проводять для усунення патологічних грануляцій і створення ранової поверхні на внутрішній поверхні ясен. Далі кишені зрошують розчином 0,2 % хлоргексидину і закривають антисептичною пародонтальною пов'язкою.

Недоліками такого способу лікування (під час обох сеансів) є короткотривале антимікробне оброблення пародонтальних кишень, що не виключає реінфікування лікованих тканин з глибоких відділів, особливо кісткових кишень.

Результати дослідження. Для вдосконалення терапевтичної схеми з надання допомоги стоматологічним хворим нами розроблено пародонтальні вкладки на полімерній основі, які чинять виражену пролонговану протимікробну дію за рахунок умісту відомого антисептичного препарату декаметоксину. Ці вкладки мають клиноподібну форму, розроблені для внесення в пародонтальні кишені з подальшим закриттям їх стоматологічною пов'язкою чи/або стоматологічною лікарською плівкою [2, 3]. Застосування пародонтальних вкладок з декаметоксином гарантує подовжену антимікробну дію в зоні пародонтальної кишені та є запорукою швидкого усунення запалення і поліпшення умов для репарації. Використання на завершальних етапах пародонтальної пов'язки чи краще стоматологічної плівки з антисептичним компонентом (в силу його заявленої дії та пролонгованому ефекту) сприяє ліпшому загоюванню ясен і прикріпленню їх до поверхні кореня з ефектом усунення чи зменшення глибини пародонтальної кишені.

Висновки. Отримані результати досліджень свідчать про значну клінічну ефективність запропонованого методу місцевого лікування генералізованого пародонтиту, який передбачає застосування вдосконалених антисептичних засобів на полімерній основі. Така комбінація, зокрема, дає змогу, успішно усувати інфікований субстрат з пародонтальних кишень ефективно побороти патогенну пародонтальну мікрофлору шляхом створення гладенької поверхні кореня деєпіте-

лізацією внутрішньої поверхні ясен. Таким чином, метод поліпшує умови усунення чи редукції пародонтальних кишень та пришвидшує зменшення запального процесу, а відтак сприяє репарації і відновленню трофіки тканин пародонта.

Література

- Деніга І.С., Ріпецька О.Р., Гриновець В.С., Бумаценко В.В. Клінічна стоматологія, 2013. – № 3,4. – С. 61–62.
- Патент № 98098 Україна, МПК (2015.01) А61К 6/00, А61К 31/00, А61J 3/00, А61Р 1/02 (2006.01). Лікарська форма для лікування хвороб пародонта у вигляді стоматологічної пародонтальної вкладки з декаметоксином для введення в пародонтальну кишень / Гриновець І.С., Калинюк Т.Г., Магльований А.В., Гриновець В.С.; заявник і патентовласник Львівський нац. мед. ун-т імені Данила Галицького. – № заявки (u 2014 13464); – заявл. 15. 12.2014; опубл. 10.04.2015. – Бюл. № 7.
- Патент №23785 U, Україна, А 61К 6/00. Засіб для лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота у плівковій формі / Гриновець І.С., Калинюк Т.Г., Сулим Ю.В., Федін Р.М., Павлій С.Й., Гриновець В.С., Мороз К.А. (UA); ЛНМУ.- № u2007 00087; Заявлено 02.01.07; Опубл. 11.06.07, Бюл. № 8.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПОКАЗНИКІВ МІЦНОСТІ ТА ТРИЩИНОСТІЙКОСТІ ЕЛАСТИЧНИХ ТА АКРИЛОВИХ ПОЛІМЕРІВ ДЛЯ БАЗИСІВ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ МЕТОДОМ АКУСТИЧНОЇ ЕМІСІЇ

Гуньовська Р.П., Гуньовський Я.Р.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
кафедра ортопедичної стоматології
м. Львів, Україна

На якість виконання та тривалість експлуатації знімних базисних протезів суттєво впливає вибір відповідних матеріалів. Інтенсивність наукових досліджень у галузі нових базисних полімерів розширює спектр можливостей ортопедичного лікування [1, 2]. Проте актуальним лишається питання міцності цього матеріалу під час клінічного використання. Для профілактики поломок базису протеза і збільшення терміну його служби важливо вміти своєчасно виявляти дефекти (мікро- і макротріщини) в структурі полімеру [3]. Тому розроблення методики визначення моменту зародження тріщин у базисних матеріалах має важливе значення в подовженні експлуатаційних властивостей базисних знімних протезів. Ефективним методом вивчення

динаміки руйнування матеріалів є метод акустичної емісії (АЕ), який характеризується високою чутливістю до зародження і розвитку руйнування матеріалу в його малому обсягу [4].

Мета досліджень: порівняти механічні характеристики та особливості руйнування матеріалів базисів знімних протезів різного типу внаслідок дії квазістатичного навантаження використовуючи явище АЕ.

Матеріали і методи. Міцнісні характеристики вивчали шляхом реалізації досліджень з використання руйнування під час квазістатичного розтягу зразків із матеріалів Фторакс (АО СТОМА, Україна) – акриловий співполімер гарячої полімеризації; Villacryl H Plus (Zhermack, Італія) – акриловий полімер гарячої полімеризації; Vertex™ ThermoSens (Vertex Dental, Нідерланди) – термопластичний полімер інжекторного типу. Експериментальні випробування зразків на міцність проводили на установці СВР-5, що призначена для лабораторних досліджень міцності і статичної тріщиностійкості матеріалів. Розміри зразків витримано за нормативним документом, що регламентує випробування матеріалів на статичну тріщиностійкість.

Зразки розтягували на розривній машині типу СВР-5 зі швидкістю переміщення захопів 4×10^{-7} м/с та одночасно здійснювали запис АЕ-інформації за допомогою вимірювальної системи SKOP-8М. Для вивчення динаміки руйнування стоматологічних пластмас сигнали АЕ, що їх реєстрували під час розтягування зразків, аналізували за енергетичним параметром протягом усього експерименту на розтягнення.

Результати дослідження. З аналізу результатів дослідження зроблено висновок – матеріал Фторакс руйнується крихко, Villacryl H Plus – пружно-пластично, а Vertex Thermo™Sens характеризується значною в'язкістю під час розтягування. Як результат, відносне видовження всіх матеріалів значно різняться ($p < 0,01$): Фторакс ($4,17 \pm 0,44$), Villacryl H Plus ($15 \pm 1,15$), Vertex™ ThermoSens ($42,33 \pm 1,45$). Найбільше відносне видовження мав термопласт Vertex™ ThermoSens. Час до повного руйнування зразків із Vertex™ ThermoSens (3600 с) значно перевищує такий для матеріалів із Фторакс (220 с) та Villacryl H Plus (280 с).

Висновки. Отже, хоча межа міцності термопласту Vertex™ ThermoSens виявилася не найбільшою, але для її досягнення потрібно в 4...4,5 разу більше часу, ніж для матеріалів Фторакс та Villacryl H

Plus. Руйнування в термопласті розпочинається за найвищих напружень порівняно з іншими матеріалами. Тому з позиції забезпечення більшої тривалості експлуатації зубного протеза можна говорити про найефективніше використання саме цього базисного матеріалу. За дослідженими параметрами найгіршим виявився матеріал Фторакс. Villacryl H Plus займає проміжне місце.

Література

- David M.Bohnenkamp. Removable Partial Dentures: Clinical Concepts. Dental Clinics of North America, 2014. – 58(1):69–89.
- Chuchulska B, Yankov S, Hristov I et al. Thermoplast materials in the dental practice: a review. International Journal of Science and Research, 2017. – 6(12):1074–76.
- Нідзельський М.Я., Криничко Л.Р. Структурні зміни поверхні в повних знімних стоматологічних протезах, виготовлених із акрилових пластмас, у процесі користування ними, за даними електронної мікроскопії// Український стоматологічний альманах, 2013. – № 2. – С.10–12.
- В.Р. Скальський, В.Ф. Макєєв, О.М. Станкевич, О.С. Кирманов. АЕ-діагностування руйнування стоматологічних реставраційних матеріалів.// Техні-ческая диагностика и неразрушающий контроль. – 2017. – № 3. – С. 21–28.

ЗАСТОСУВАННЯ CAD/CAM ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ПРОЕКТУВАННЯ РЕЗЕКЦІЙНОГО ЕНДОПРОТЕЗУ ПІДБОРІДНОЇ ДІЛЯНКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Дворник В.М., Кузь Г.М., Єрис Л.Б., Тесленко О.І., Тумакова О.Б., Кузь В.С.

Українська медична стоматологічна академія,
кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією
м. Полтава, Україна

Цифрові технології комп'ютерного аналізу зображень, подальшого проектування і виготовлення зубних протезів мають ряд переваг перед традиційними технологіями [1]. Ортопедичні конструкції, виготовлені за CAD/CAM технологією, задовольняють високі естетичні вимоги, мають підвищену міцність. Прецизійна точність конструкцій, можливість моделювання поверхні високої складності, а також обробки будь-яких матеріалів дозволили використовувати CAD/CAM технології для моделювання та виготовлення резекційних ендопротезів щелеп [2]. Часткове ендопротезування нижньої щелепи на сучасному етапі є одним з альтернативних методів реабілітації паціє-

ентів з пухлинами чи травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки [3, 4].

Описання та обговорення клінічного випадку. Для проектування резекційного ендопротезу підборідної ділянки нижньої щелепи використали результати аналізу комп'ютерної томограми пацієнта Я., 29 років. Фронтальна частина нижньої щелепи, зокрема ділянка підборідного торуса, почала руйнуватися внаслідок розвитку доброякісної пухлини. За даними комп'ютерної томограми створили 3D модель щелепи, звернули увагу на наявність деформованої ділянки в зоні ураження. На основі її розмірів і розташування визначили межі резекції, в даному клінічному випадку – між іклами і премолярами та посередині підборідного підвищення (торуса). Важливо, що межі резекції були на відстані не ближче, ніж 2 мм до уражених тканин. Далі побудували зовнішню і внутрішню поверхні протеза. Потім додали бічні, а також верхню і нижню поверхні для створення поверхневої моделі ендопротеза. Після цього до конструкції додали елементи для кріплення на щелепі, що містять отвори для кісткових швів. Наступним етапом проектування є додавання поверхні, що відповідає місцям встановлення абатментів. Відновлення зубного ряду передбачається незнімними металокерамічними конструкціями з опорою на двохетапні імпланти «VitaPlant V2Km 400» ($d = 4$ мм, $l = 10$ мм). Збудували відповідні поверхні різьбової частини, шестикутника і конусної поверхні.

Щоб резекція відбулася саме за встановленими межами, на основі спроектованої моделі ендопротеза створено шаблон, по краю якого буде здійснено резекцію підборідної ділянки нижньої щелепи. Шаблон під час операції прикладають до лицьової поверхні кістки і кріплять в тих само місцях, де і протез, щоб точно пройшла резекція.

Модель резекційного ендопротеза та хірургічного шаблона після створення обов'язково перевіряють «доктором тіл», щоб забезпечити відсутність таких дефектів як невидимі отвори, накладання поверхонь, дефектні точки, прогалини тощо. Подальше виготовлення резекційного ендопротеза та хірургічного шаблона передбачено з титану методом фрезерування або 3D-друку.

Висновки. Спроекований резекційний ендопротез підборідної ділянки нижньої щелепи усуває недоліки протезування з опорою на ауто трансплантат чи титанову пластину, створює максимально ефективні умови для протезування з опорою на дентальні імпланти.

Література

1. Цинь Линфен. Характеристика, анализ и преимущества стоматологических CAD/CAM систем / Линфен Цинь // Вісник проблем біології і медицини, 2015. – Випуск 2, том 4(121), – С. 223–226.
2. Єрис Л.Б. Патент на корисну модель №79224. Спосіб реабілітації хворих після резекції нижньої щелепи із застосуванням програмного забезпечення Delcam/ Л.Б. Єрис, С.Г. Ясько, В.М. Дворник, О.О. Горюн. – Бюл. № 7, – 10.04.13. – С. 246.
3. Єрис Л.Б. Застосування програмного продукту Delcam для виготовлення резекційного імплантату при односторонній резекції нижньої щелепи / Л.Б. Єрис // Український стоматологічний альманах. – 2014. – №4. – С. 32–35.
4. Єрис Л.Б. Сучасні технології виготовлення щелепно-лицевих протезів. / Л.Б. Єрис, В.М. Дворник. – ФОП Гаража М.М., 2016. – 125 с.

ВІДМІНІСТЬ АЛЬВЕОЛІТУ ВІД ЛУНОЧКОВОГО БОЛЮ

Джавдіасл А., Рибачук А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Київ, Україна

Видалення зуба є найпоширенішим оперативним втручанням у практиці хірурга-стоматолога. Після видалення зуба нерідко можуть виникати ускладнення, у тому числі больові відчуття та ознаки запалення. Альвеоліт – запалення комірки видаленого зуба, яке виникає через 2–3 дні після операції видалення зуба. Характеризується луночковим болем, підвищеною температурою тіла, неприємним запахом із порожнини рота, збільшенням та болючістю лімфатичних вузлів. При цьому луночка зуба на вигляд суха без кров'яного згустка, із сірим чи жовтим нальотом усередині.

Луночковий біль, який виникає після операції видалення зуба, відчуває через 2–3 год, однак інколи не припиняється навіть через кілька днів після видалення зуба. Основною причиною болю є травма, що була нанесена під час операції видалення зуба [1–4].

Мета дослідження: провести диференційну діагностику альвеоліта та луночкового болю для призначення найефективнішого методу лікування.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 30 пацієнтів, у яких були показання до типового видалення зуба. Після видалення зуба пацієнтів з ускладненнями було розділено на 2 групи по 15 осіб.

У пацієнтів 1-ї групи з'явився лише біль. У пацієнтів 2-ї групи відзначався біль із іншими ознаками запалення в порожнині рота.

Видалення зубів проводили у відділенні хірургічної стоматології Стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Оперативні втручання проводили з використанням анестетиків, що містять вазоконстриктори. Історії хвороби усіх пацієнтів було зібрано та задокументовано до і після оперативного втручання. Хірургічними критеріями виключення були пацієнти, які перебували на стероїдній терапії, пацієнти із цукровим діабетом та вагітністю.

Усім пацієнтам було призначено нестероїдні протизапальні препарати та знеболювальні, а з проявами запальних ускладнень – антибіотики перорально.

Місцеве лікування включало використання різноманітних антисептиків і пластико-стимулювальних медикаментів під час амбулаторного відвідування як домашнє самолікування.

Результати дослідження. Встановлено, що суб'єктивні скарги на біль різної інтенсивності в ділянці альвеоли видаленого зуба були в усіх пацієнтів. Тривалість та інтенсивність больової реакції корелювали залежно від ступеня травматичності і тривалості проведеного оперативного втручання.

У пацієнтів групи з клінічними проявами запалення лунки видаленого зубазвичай больова реакція була більш вираженою порівняно із пацієнтами групи без проявів запалення в лунці зуба. Серед пацієнтів з ознаками альвеоліта у 3 (20%) больова реакція майже була відсутньою. Середня тривалість больової реакції у пацієнтів з альвеолітом становила 5–6 днів, у пацієнтів групи з луночковим боєм без клінічно вираженого альвеоліту тривала в середньому 7–10 днів.

Інтенсивність больової реакції у пацієнтів групи з альвеолітом значно зменшувалась у разі успішно проведеного медикаментозного лікування.

Висновки. Для відмінності альвеоліту від луночкового болю потрібно звертати увагу на інші симптоми та скарги хворого, зібрати їх та провести об'єктивне дослідження і лише після цього поставити правильний діагноз. У разі діагнозу «луночковий біль» в альвеолі без виражених запальних симптомів призначити симптоматичне лікування, а при альвеоліті, окрім усунення болю, приділяти максимум зусиль задля зменшення ознак запалення.

Література

1. Маланчук В.О. та інші. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія, Том 1., 2011. – С.161–162.
2. Shahrokh C. Bagheri, Chris Jo Clinical Review of Oral and Maxillofacial Surgery – E-Book. 2013. P. 125–126.
3. Leslie DeLong, Nancy W. Burkhart. General and Oral Pathology for the Dental Hygienist. 2007. P.58.
4. Louis K. Rafetto. Contemporary Management of Third Molars, An Issue of Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. 2012. P.250.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СОРБЦІЙНО-АПЛІКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Дікова І.Г., Печковський К.Є., Захарова С.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна

Значний арсенал лікувальних методів та засобів, що використовуються у стоматологічній практиці, багато в чому пояснюється нетривалістю дії препаратів через специфічність умов порожнини рота, що зумовлює недостатню ефективність їх. Вирішити цю проблему можна шляхом застосування пролонгованих форм ліків. Найдоцільнішим є використання як носія сорбентів медичного призначення, особливо кремнійорганічних, одним із найефективніших представників яких є поліметилсилоксан (ПМС). Це дозволяє створити високу концентрацію препарату у вогнищі ураження: після внесення в навколишнє середовище виділяється 45 % речовини, залишкові 55 % виділяються рівномірно протягом наступних 5–7 днів, підтримуючи терапевтичний ефект. А місцева дія сорбенту забезпечує зв'язування токсинів, адгезію мікробних клітин, змінює рН в лужний бік. Такий метод отримав назву аплікаційно-сорбційного. Перевагами його є й те, що витрати препаратів, іммобілізованих на ПМС, зменшується в 5–6 разів.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування ускладненого карієсу, генералізованого пародонтиту (ГП), захворювань слизової оболонки порожнини рота (СОПР), у тому числі у ліквідаторів аварії на ЧАЕС, шляхом створення і застосування лікувальних композицій, що являли собою іммобілізовані на сорбенті ПМС сполуки препаратів етіо- та патогенетично спрямованої дії; оцінити найближ-

чі та віддалені результати лікування періодонтиту, ГП, у тому числі після хірургічних втручань на тканинах пародонта, деструктивно-запальних процесів СОПР, ефективність профілактики одонтогенних гнійно-септичних захворювань.

Обстежено і проліковано 559 пацієнтів (168 з періодонтитом, 255 – з ГП, 72 – з деструктивно-запальними ураженнями СОПР, 64 пацієнти – ліквідатори аварії на ЧАЕС (35 – з ГП, 29 – з хронічним апікальним періодонтитом). Комплексне лікування проводили за схемою, розробленою та захищеною на кафедрі, що включала загальну («Ентеросгель») та місцеву сорбційну терапію: комплекс ПМС + фуразолідон + метронідазол (з модифікацією іонами срібла та без), препарати Метроксан, Імосгент та Фуроксан, що їх вводили безпосередньо в пародонтальні кишені, а також у склад аплікаційних сумішей, мазей та паст для лікування захворювань СОПР і пародонта. Методика лікування періодонтиту включала використання сорбенту з антибактеріальними препаратами (А.С. №1602505). Хірургічне лікування ГП відбувалося за запропонованим способом (Патент України на винахід 21521А). Пацієнтам основної групи призначали також Ентеросгель парентерально по 1 ст. л (15 г) 2–3 рази на день. Лікування пацієнтів контрольної групи проводили за загальноприйнятими методиками без сорбційної терапії та використання препаратів пролонгованої дії.

Для спрямованої дії на запальний та деструктивні процеси в тканинах порожнини рота показано застосування ПМС з патогенетично обґрунтованими лікувальними препаратами, враховуючи фазу та характер перебігу запального процесу. У фазі альтерації, на початку розвитку гострих катаральних явищ, доцільно використовувати біоактивні матеріали, що містять інгібітори протеолізу. У фазу ексудації, в період вираженої проникності стінок капілярів з виходом серозного ексудату та розвитку набряку тканин показано застосування ПМС з нестероїдними протизапальними препаратами – мефенаміном натрію. У фазі вираженої ексудації з утворенням гнійного ексудату та некрозом тканин показано використання іммобілізованих ферментів (трипсин, терилітин, а за наявності кокової та анаеробної мікрофлори – іммобілізованого препарату нітрофуранового ряду (фуразолідон) та антибіотика широкого спектру дії (гентаміцину) відповідно.

Розроблений комплекс (1) показав найбільшу ефективність у лікуванні гострого (96 %) та загостреного (88,37 %) періодонтиту, особливо в зубах, що не витримували герметичного закриття. Ранні

ускладнення не перевищували 4 % та 11,63 % відповідно, що у 2,24 та 3,82 рази менше, ніж у контрольній групі. Кількість відвідувань також скоротилася до 2,24 та 2,78. Запропонована методика хірургічного лікування ГП [4] дала змогу скоротити терміни загоєння післяопераційної рани на 2–3 доби. Клініко-рентгенологічне обстеження підтвердило значний стимулювальний вплив комплексу на репаративний остеогенез: регенерація кістки альвеолярного відростка щелеп відбувалася в 1,9 рази швидше, а ніж у пацієнтів контрольної групи. Застосування загальної та місцевої сорбційної терапії в комплексному лікуванні періодонтиту, ГП, запально-деструктивних уражень СОПР [2, 5], гнійно-септичних станів, у тому числі в ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС [3], сприяло усуненню вогнищ запалення, профілактиці гнійно-септичних уражень, стабілізації процесу, зниженню спектра та частоти ускладнень, дало змогу досягти тривалої ремісії та скоротити терміни лікування цих пацієнтів.

Висновки. Застосування сорбційно-аплікаційних технологій, заснованих на використанні сорбента-детоксикатора а поєднанні з іммобілізованими препаратами різної етіо- та патогенетично спрямованої дії, дало змогу підвищити ефективність лікування основних стоматологічних захворювань та поліпшити медичну і соціальну реабілітацію пацієнтів.

Література

1. Дикова И.Г. Лечение периодонтитов антибактериальными препаратами, иммобилизованными на полиметилсилоксане (ПМС): автореф...канд. мед. наук. Киев–1992. – 22 с.
2. Сидельникова Л.Ф., Антоненко М.Ю., Дикова И.Г., Мельничук Т.А. Новое направление в лечении деструктивно-воспалительных процессов слизистой оболочки полости рта. Материалы научно-практической конференции, посвященной 65-летию Одесского НИИ стоматологии. – Одесса, 1993 – С. 139-141.
3. Сидельникова Л.Ф., Дикова И.Г. Профилактика одонтогенных гнойно-септических заболеваний у пациентов-ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Вестник стоматологии, 1997. – № 3. – С. 485-487.
4. Печковский К.Є. Використання поліметилсилоксану у хірургічному лікуванні генералізованого пародонтиту: автореф...канд. мед. наук. Київ – 1998. – 16 с.
5. Скибицька О. О. Обґрунтування та оцінка ефективності сорбційної терапії у комплексному лікуванні ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота: автореф...канд. мед. наук. Київ. – 2013. – 17 с.

ПЕРЕВАГИ ВИКОРИСТАННЯ ЦИРКОНІЄВИХ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Дмитришин Ю.Б.², Панькевич В.В.¹, Путько З.П.²

Львівський медичний університет імені Данила Галицького,
¹ кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

² Львівська обласна клінічна лікарня
м. Львів, Україна

Згідно з науковими даними, сьогодні на ринку імплантатів клініцисти все ще надають перевагу титановим імплантатам (> 95%), і тому цирконієві імплантати для них є не більше, ніж продуктом вибору. Однак, якщо раніше керамічні матеріали часто були нижчої якості, то сучасні цирконієві імплантати є настільки ж надійними, що й їхні аналоги з титану, про що свідчать результати численних наукових досліджень. Ytria Tetragonal Zirconia Polycrystal (YTZP) – це біоінертний матеріал з високими механічними та естетичними властивостями. Фахівці компанії Straumann®, порівнюючи імплантат із SLA-титану та імплантат ZLA-цирконій, виявили високу біосумісність цирконію, оскільки він не виділяє жодних іонів, на відміну від титану [1]. Більше того, цирконій порівнянний з титаном не виявляв індукції будь-яких побічних реакцій або глобального токсичного ефекту *in vitro* [2]. Аналіз віддалених результатів авторських досліджень свідчить про відсутність періімплантиту в разі використання цирконієвих імплантатів, у той час як у разі встановлення титанових це незворотне ускладнення трапляється доволі часто [3]. У пацієнтів з тонким типом ясен або рецесією м'яких тканин цирконій довів свою естетичну перевагу над титаном, тому що більшість імплантатів із цирконія виготовляються в кольорі A2 за шкалою VITA. На цей час в Україні немає жодної наукової публікації, присвяченої цьому актуальному та перспективному питанню дентальної імплантації, хоча за кордоном воно ретельно вивчається близько 17 років.

Мета дослідження: оцінити ефективність дентальної імплантації цирконієвими імплантатами за допомогою клініко-лабораторних методів в різні часові періоди після оперативного втручання.

Матеріали і методи. Дослідження проводили за період 2016–2020 рр. У ньому брали участь 46 пацієнтів (27 чоловіків і 19 жінок) ві-

ком від 25 до 65 років. Пацієнтів поділено на 2 досліджувані групи по 23 особи в кожній. У пацієнтів 1-ї групи в процесі роботи використовували системи для імплантації цирконієвими імплантатами – Z-system, Straumann, Bredent, ISX, Zibone. Пацієнтам 2-ї групи встановлювали титанові імплантати компаній Straumann, Rootform, Neobiotech, Ankylos, Neodent. Пацієнтам обох груп проводили внутрішньоротовий огляд у ранній та пізній післяопераційні періоди, під час планових профілактичних оглядів – щоразу проводили фотодokumentацію. Під час внутрішньоротового огляду завжди оцінювали стан гігієни порожнини рота, визначали індекси ГІ та РМА. Панорамну рентгенографію обох щелеп здійснювали через 3 міс, 6 міс та 1 раз кожного наступного року. Ступінь та перебіг запальної реакції при періімплантатах визначали за допомогою співвідношення про- та протизапальних цитокінів IL-1 α та IL-1 β , TNF- α та IL-1RN у периферичній крові.

Результати дослідження. Результати рентгенографії пацієнтів на 3-й і 6-й місяці після імплантації вказують на те, що процес остеоінтеграції як цирконієвих, так і титанових імплантатів відбувався приблизно однаково. У віддалений період у 3-х пацієнтів із 1-ї групи (в одного із них був незадовільний стан гігієни порожнини рота) навколо імплантата розвинулась резорбція кісткової тканини, але при цьому клінічних ознак періімплантиту не було виявлено. Рівень прозапальних цитокінів у крові хворих 1-ї групи був у межах норми. У 4-х хворих 2-ї групи (у 2 пацієнтів був пародонтоз в анамнезі) відбулася резорбція кісткової тканини навколо імплантата з клінічними ознаками вираженого гранулематозного періімплантиту. Показники рівнів «тривожних» цитокінів запалення були завищеними.

Висновки. На підставі результатів дослідження виявлено, що цирконієві імплантати є можливою альтернативою титановим. Титанові наночастинки можуть спричинити неспецифічну імунomodуляцію, вони індукують автоімунітет, що призводить до продемонстрованої в дослідженні сенсibiлізації до титану і виникненні періімплантиту. Цирконій є більш біосумісним, оскільки він не виділяє жодних іонів, створює кращу прив'язку до остеобластів та умови для клітинної проліферації. Це своєю чергою сприяє утворенню меншої глибини борозни з переважно вільним від запалення середовищем та відсутності явищ періімплантиту. Результати дослідження не показують різниці в

початковій остеоінтеграції між титаном і цирконієм. Але, аналізуючи літературні джерела, стає очевидним, що бракує довготривалих досліджень стосовно особливостей остеоінтеграції імплантатів цирконію порівняно з іншими видами імплантатів.

Література

1. Електронний ресурс: https://www.linkedin.com/pulse/zirconia-material-choice-implant-dentistry-update-bollen-?trk=public_post_promoted-post&fbclid=IwAR3nXiJaZnruKy4oBJZB1JAlmZFxknBZXdRvyjaqFH6EKMT9VbG8k3SeZs0
2. Elisabeth Jacobi-Gresser. Titancorrosion und die Folgen: Argument für Zirkon. ZWR. – Das Deutsche Zahnärzteblatt. – 2017. – Т. 126. – Р. 616 – 621
3. Cim Clever. Experimental peri-implant mucositis around titanium and zirconia implants in comparison to a natural tooth: part 1- host-derived immunological parameters. Clever C, Schlegel KA, Kniha H, Conrads G, Rink L, Modabber A, Hölzle F, Kniha K. Int J Oral Maxillofac Surg., 2019. – Т.48. – № 4: P.554 –559

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ РЕПЛІК ДЛЯ ПРИЖИТТЄВОГО ВИЗНАЧЕННЯ ЗМІН ПОВЕРХНІ ЕМАЛІ ВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ У СКЕНУВАЛЬНОМУ ЕЛЕКТРОННОМУ МІКРОСКОПІ

Довганик В.В., Синиця В.В.

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

Експериментальне дослідження впливу різноманітних технологій вибілювання зубів проводять на основі методів скенувальної електронної мікроскопії (СЕМ) з метою вивчення емалегліфіки *in vitro*, а також за допомогою методу отримання реплік із поверхні зуба для визначення змін ультраструктури поверхневого шару емалі, її пористості на етапах вибілювання зубів. Проте, за даними наукових джерел, ці методи майже не застосовують під час дослідження тканин *in vivo*. Зважаючи на те, що об'єктом наших досліджень є емаль вітальних зубів, ми використали прямий метод дослідження реплік із поверхні емалі вітальних зубів.

Мета дослідження: моніторинг стану поверхневого шару емалі вітальних зубів, оброблених 30% препаратом пероксиду карбаміду (ПК) за даними СЕМ.

Матеріали і методи. Прототипом дослідження є методика Matthews-Brzozovska T., Stopa J. Перевагою цього методу є можливість аналізу *in vivo* змін емалегліфіки.

Вперше застосували метод реплік для аналізу змін поверхневої структури емалі під час неінвазійного методу лікування дисколорації зубів препаратом на основі препарату ПК. Отримано 116 реплік з вестибулярної поверхні досліджуваних зубів до початку їх вибілювання після 5 та 10 сеансів оброблення їх 30% препаратом ПК. Контролем слугували репліки (116), отримані з ротової поверхні дослідних зубів. Надалі на дослідні зразки реплік наносили струмопровідний шар із золота завтовшки 50-100Å°, який напилювали за допомогою іонно-плазмового приладу „ULVAK”, Японія. Напилений зразок з'єднували з поверхнею столика провідною Ag-пастою і досліджували у СЕМ.

Результати дослідження. Проведено дослідження (методом реплік) стану емалогліфіки вітальних зубів на етапах корекції їх дисколорацій препаратами на основі пероксидних сполук, а також кількісний аналіз поверхневих змін емалі на основі концепції фрактальності, що дозволяє описати ефекти самоорганізації та процеси взаємодії елементів структури шорстких поверхонь. Цей метод вперше був запропонований Мандельбротом для вивчення структури матеріалів різноманітної природи.

Вивчення зразків виявило реплік у СЕМ, дало можливість визначити, що вільш інформаційним є дослідження їх за допомогою Y-модуляції отриманого зображення. Такий метод дослідження (відчитування сигналів, що змінює нормальне Z-модульоване зображення в Y-модуляцію через зміщення яскравих поверхонь зразка по вертикальній осі) раніше не застосовували. Ми дослідили, що саме в разі збільшення в 1500-3000 разів чіткіше вимальовується структура поверхні, розміри і локалізація утворень, а також заглиблення або вип'ячування на досліджуваний поверхні.

Висновки. Досліджено, що порівняльний аналіз звичайного і Y-модульованого зображення зразків емалі вітальних зубів дозволяє конкретизувати загальну картину архітектоніки її поверхневого шару і виявити характерні просторові ознаки утворень унаслідок впливу 30% препарату ПК під час вибілювання зубів. За допомогою отриманих результатів дослідження можна розширити арсенал експери-

ментальних методик для визначення критеріїв безпечності та ефективності (in vivo) застосування новітніх лікувально-профілактичних матеріалів та стоматологічних технологій.

Література

1. Matthews-Brzozowska T., Surdacka A., Napiontek-Kubanek H. Ocena działania remineralizującego past Colodent-Remi przy zastosowaniu modelu wewnątrzustego i techniki replik // Postępy w stomatologii. Niekonwencjonalne metody leczenia: Materiały 1V Konferencji.– Poznań, 1995.
2. Кононенко В.В. Корекція дисколорації емалі вітальних зубів препаратами на основі пероксиду карбаміду та їх вплив на ясна: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.22. Львів, 2005. – 19 с.
3. Mandelbrot B.B. The fractal of nature. – New York: W.H. Freeman. – 468 p.
4. Stopa J. Wpływ skalingu konwencjonalnego i ultradźwiękowego na stan powierzchni twardych tkanek zęba w SEM i poziom fluorków w powierzchniowej warstwie szkliwa // Postępy w stomatologii : Materiały IV konferencji.– Poznań, 1995.
5. Pinto C.F., Oliveira R., Cavalli V., Giannini M. Peroxide bleaching agent effects on enamel surface microhardness, roughness and morphology // Pesquisa Odontologica Brasileira, 2004. – No. 18. – P. 306–311.

СУЧАСНІ П'ЄЗОХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ КІСТОК ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Єгізарян О.Г.

ТОВ «Клініка Л-стоматологія»,
м. Київ, Україна

На цей час п'єзохірургія (див. роботи S. Dibart, J-D. Sebaoun, J. Surmenian та ін.) є однією з перспективних технологій у хірургічній стоматології. Показаннями до застосування п'єзохірургії є будь-якої складності хірургічні операції, здійснювані в хірургічній стоматології та щелепно-лицевій хірургії. До них належать складне й атипове видалення зубів, пластичне заміщення дефектів кісткової тканини, взяття блоків для нарощування кісткової тканини щелеп, підготовка ложа під імплантат, розщеплення альвеолярного відростка, підняття для стовщення дна верхньощелепної пазухи.

Мета дослідження: опис сучасної методики п'єзохірургічного втручання в щелепно-лицевій ділянці та її впровадження в повсякденну роботу стоматологів-хірургів.

Матеріали і методи. П'єзохірургічний апарат під впливом ультразвукових хвиль виконує розріз твердих тканин, при цьому не травмуючи м'які тканини. П'єзохірургія є альтернативою бору, долоту, пилі.

Результати дослідження. Переваги методики п'єзохірургії – висока точність проведення операції, мінімізація травми під час оперативного втручання, можливість проведення операції у важкодоступних місцях, висока швидкість проведення оперативного втручання, антибактеріальний ефект ультразвуку, додаткова антисептична обробка операційного поля, що виключає, своєю чергою застосування різних медикаментів під час і після операції. Оперативні втручання, виконані за допомогою п'єзохірургічного апарата майже безкровні через створення ультразвукових коливань робочого наконечника і подачу фізіологічного розчину в поле хірургічного впливу, що створює кавітаційний ефект, який забезпечує очищення рани і кровоспинну дію.

Висновки. Оперативні втручання з використанням п'єзохірургічного апарата практично атравматичні для м'яких тканин, щадні для кісткової тканини і дають змогу уникнути таких ускладнень, як післяопераційні больові відчуття, набряки, кровотечі і вивести стоматологічні кістково-хірургічні маніпуляції на принципово новий рівень.

Література

1. Dibart S., Sebaoun J-D., Surmenian J. Piezocision: A Minimally Invasive Periodontally Accelerated Orthodontic Tooth Movement Procedure. *Compendium*, 30, №6, July/August 2009.
2. Harris D. Advanced surgical procedures: bone augmentation. *Dental Update*. 1997, 24: 332-37.

ОЦІНЮВАННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ НА ТЛІ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН

Іваницька О.С.¹, Іваницький І.О.², Буханченко О.П.¹,
Гаврильєв В.М.¹, Розколупа О.О.¹

Українська медична стоматологічна академія,

¹ кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої ділянки з пластичною та
реконструктивною хірургією голови та ший,

² кафедра терапевтичної стоматології

м. Полтава, Україна

На сьогодні гіперчутливість зубів на тлі рецесії ясен є доволі поширеною проблемою, з якою стикаються стоматологи різних спеціальностей [1]. Пошук методів лікування, які би забезпечили надійне лікування підвищеної чутливості зубів при міграції ясенного краю в апікальному напрямку, триває вже не один десяток років [2,3,4]. Вибір адекватного методу усунення рецесії залежить від її вираженості та можливо з використанням терапевтичних і хірургічних підходів. Останніми роками в науковій літературі з'явилися публікації, в яких розглядаються позитивні наслідки ін'єкційного застосування збагаченої тромбоцитами аутоплазми в пародонтології та методик муко-гінгівальної реконструктивно-відновлювальної хірургії.

Мета роботи: удосконалення лікування гіперчутливості зубів завдяки комплексному підходу до її усунення.

Матеріали і методи. В основу дослідження покладено результати обстеження та лікування 36 пацієнтів із гіперестезією зубів. Вік хворих коливався у межах від 24 до 56 років. Обстеження хворих проводили за єдиною комплексною програмою, спрямованою на встановлення локальних причин та системних чинників ризику виникнення підвищеної чутливості, а також отримання якомога більш точної клінічної характеристики цього захворювання. Активність процесу демінералізації емалі та дентину визначали за допомогою індексу ремінералізації (ІР), запропонованого Ю.А. Федоровим і В.А. Дрожжиною. Визначення ступеня рецесії ясен здійснювали за класифікацією, запропонованою Miller. Для характеристики ступеня вираженості гіперчутливості зубів (ГЗ) та її генералізації використовували індекси інтенсивності гіперчутливості зубів (ІІГЗ) та її поширеності, розроблені Г.Б. Шторіною.

Після клініко-лабораторних досліджень пацієнтам проводили максимально обережну професійну гігієну зубів та санацію порожнини рота. Для лікування використовували препарат глибокого фторування Ftorcalcit-E (виробник Latus, Україна), завдяки якому досягаються тривала ремінералізація та ефективна герметизація твердих тканин зуба. Додатково пацієнтам, у яких виявлено рецесію ясен I класу, проводили ін'єкційне інтралігаментарне введення тромбоцитарної аутоплазми (триразово з інтервалом 7-10 днів). Доцільність її застосування пояснюється тим, що аутологічна плазма володіє протизапальними, імуномодельовальними та кератопластичними властивостями, сприяє ангіогенезу тощо. У разі виявлення рецесії ясен II класу пацієнтам проводили відновлення втрачених структур пародонта за допомогою методу спрямованої регенерації з використанням бар'єрної колагенової мембрани, що резорбує, «Mucograft» (виробник Geistlich) за стандартною методикою, що є альтернативою трансплантату м'яких тканин для закриття рецесії ясен і збільшення площі кератинизованих ясен. До переваг цих мембран можна віднести 3D-структуру, ранню васкуляризацію, відповідність за кольором і структурою прилеглим тканинам.

Результати дослідження. У ході першого після проведеного лікування обстеження встановлено, що повне усунення больових реакцій відбулося у 95,8% пацієнтів, а зменшення чутливості зубів до дії зовнішніх подразників відзначили 4,2% осіб. Через 1 міс було з'ясовано, що в усіх пацієнтів зберігалися досягнуті результати лікування або наростання позитивного ефекту лікування тривало. Так, про повне усунення підвищеної чутливості повідомили 97,2% пацієнтів. Під час обстеження через 6 міс та 1 рік виявлено збереження досягнутих високих результатів лікування. Як і під час попередніх обстежень, жодний пацієнт не вказав на відсутність ефекту від проведеного лікування, а індекси поширення та інтенсивності гіперчутливості зубів залишалися незмінними. Стан біоптату ясен після застосування збагаченої тромбоцитами аутоплазми змінювався протягом 6 міс з тонкого до середнього та товстого. Обстеження ділянки хірургічного втручання у визначені терміни зафіксувало стабільність результатів закриття рецесій.

Висновки. Комплексне обстеження пацієнтів після проведеного лікування показало доцільність використання запропонованого

нами комплексу. Так, у всіх пацієнтів спостерігали стійке усунення явищ підвищеної чутливості зубів та стабілізація морфо-функціонального стану ясен.

Література

1. Borges A, Barcellos D, Gomes C. Dentin Hypersensitivity. Etiology, Treatment Possibilities and Other Related Factors: A Literature review. World Journal of Dentistry. 2012;3:60-7.
2. Pavlenko SA. Desensytayzery ta yikh zastosuvannya v terapevtychniy stomatolohiyi. Visnyk problem biolohiyi i medytsyny. 2013;1(1(98):23-6. [in Ukrainian].
3. Smyrnova TA, Kozycheva TA, Sampyeva AT. Hyperchuvstvytel'nost' zubov: puti resheniya problem. Dental forum. 2012;4:50-2. [in Ukrainian].
4. Sheshukova OV, Trufanova VP, Polishchuk TV. Nekariozni urazhennya zubiv: navch. posibnyk. Poltava: Astraya; 2017. 134 s. [in Ukrainian].

СТАН МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ В КІСТЦІ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКУ ЩУРІВ ПРИ ВПЛИВІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ГІПОКСІЇ ТА КАРІЄСОГЕННОГО РАЦІОНУ

Іванов В.С.

Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Національної академії медичних наук України»,
м. Одеса, Україна

Тканинна гіпоксія виникає вдруге при різних видах гіпоксії - дихальної, гемічної, циркуляторної, що ініціюють розвиток ацидозу, всіх біологічних мембран, в т.ч. і мітохондріальних [1]. У дітей, які перенесли внутрішньоутробну гіпоксію, відзначена висока частота виникнення простудних захворювань в перший рік життя, підвищення захворюваності карієсом, зниження мінералізуючих властивостей емалі та дентину, частіше виникнення стоматитів, гінгівітів [2].

Мета: вивчення впливу різних видів внутрішньоутробної гіпоксії в поєднанні з карієсогеним раціоном на стоматологічний статус і стан тканин ротової порожнини щурів.

У щурів статевозрілого віку було досліджено вплив різних видів внутрішньоутробної тканинної гіпоксії і карієсогеного раціону на стоматологічний статус і стан тканин ротової порожнини щурів. Для відтворення потомства в 5-ти групах щурів-самиць було підсаджено по 1-2 самці. У цих самиць з 10-го по 19-й дні імовірної вагітності

відтворювали 3 види гіпоксії: 1) тканинну гістотоксичну 5-кратним введенням нітропруссиду натрію внутрішньоочеревинно в дозі 1,0 мл через 24 години протягом 5 днів; 2) інтервальну (гіпоксична гіпоксія з гіперкапнією, в результаті якої утворюється надлишок вуглекислого газу і отруєння ним в умовах відсутності кисню). Для цього в ексикатор середнього розміру висаджують вагітну самицю щура і герметично закривають кришкою до появи ознак термінальної стадії гіпоксії. Відтворення інтервальної гіпоксії роблять 5 днів поспіль через 24 години; 3) гіпоксія роз'єднання процесів окислення і фосфорилювання – введення внутрішньоочеревинно протягом вагітності варфарину в дозі 1,5 мг / кг маси тіла щурів. Народжених щурят у віці 1 міс саджали на карієсогенний раціон (КДР) по Стефану [3]. Інтактним вагітним щурам та народженому від них потомству не робили жодних експериментальних впливів. Вони перебували на стандартному раціоні віварію. Тварин виводили з експериментального досвіду шляхом тотального кровопускання з серця під наркозом (тіопентал натрію 40 мг/кг). Попередньо відокремивши слизову оболонку порожнини рота, вичленяли щелепи.

Для оцінки стану тканин щурів визначали біохімічні показники уніфікованими методами, використовуючи комерційні набори реактивів: • активність лужної фосфатази (ЛФ) (виробництва DAC-SpectroMed, Молдова); • активність кислої фосфатази (КФ) (DAC-SpectroMed, Молдова); • вміст кальцію (DAC-SpectroMed, Молдова); • вміст фосфору (DAC-SpectroMed, Молдова).

Під впливом різних видів гіпоксії в кістковій тканині пародонту значно змінювався мінеральний обмін (табл. 1). Найважливішим показником мінерального обміну є лужна фосфатаза - фермент, локалізований в кістковій тканині на зовнішній поверхні мембран остеобластів. Зміст її у кістковій тканині залежить від інтенсивності функціонування остеобластів. У наших дослідженнях при відтворенні гіпоксії найбільше зниження активності лужної фосфатази спостерігалось в кістковій тканині пародонту при гіпоксії роз'єднання і гістотоксичній гіпоксії (в 2,6 рази; $p < 0,001$; табл.).

Таблиця
Стан мінерального обміну в кістці альвеолярного відростку щурів ($M \pm m$, p)

| Групи тварин | Активність ЩФ (нмоль/с×г) | Вміст | |
|------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | | кальцію (ммоль/г) | фосфору (ммоль/г) |
| Інтактна | 193±2,20 | 7,30±0,12 | 8,07±0,25 |
| Гістотоксична гіпоксія | 74,1±0,67 $p < 0,001$ | 3,33±0,090 $p < 0,001$ | 4,29±0,14 $p < 0,001$ |
| Інтервальна гіпоксія | 83,2±1,60 $p < 0,001$ | 3,58±0,090 $p < 0,001$ | 4,40±0,10 $p < 0,001$ |
| Гіпоксія роз'єднання | 73,5±1,030 $p < 0,001$ | 2,68±0,090 $p < 0,001$ | 4,18±0,08 $p < 0,001$ |

У цих умовах виявлено значне достовірне зниження вмісту кальцію (в 2,7 і в 2,2 рази відповідно). Аналогічно при тих само впливах (гіпоксії роз'єднання і гістотоксичній) знижувалися рівні фосфору в 1,9 рази порівняно з інтактною групою. При інтервальної гіпоксії також були виявлені істотні порушення мінерального обміну (див. табл.).

В умовах відтворення даної моделі і карієсогенного раціону в кістковій тканині пародонту спостерігалася активація остеокластів і порушення мінерального обміну

Література

1. Silverman H.S., Wei S, Haigney M.C. et al. Myocyte adaptation to chronic hypoxia and development of tolerance to subsequent acute severe hypoxia / H.S. Silverman, S. Wei, M.C. Haigney et al // Circ. Res. – 1997. – №5. – P. 699-707.
2. Яцкевич Е.Е. Механизм развития стоматологической патологии, принципы ее профилактики и лечения у детей при врожденных и наследственных заболеваниях с гипоксией: Автореф. дис. докт. мед. наук / Е.Е. Яцкевич – Тверь – 2011. – 186 с.
3. Stephan R.N., Harris N.R. Advances in experimental caries research / R.N. Stephan, N.R. Harris // Washington. – 1955. – P. 47-48.

ПОЄДНАНІ ПРОЯВИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ: СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТА СТРАТЕГІЯ УПРАВЛІННЯ

Клочан С.М.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
кафедра ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Скронево-нижньощелепні розлади (СНЩР) – уніфікована група патологічних станів та захворювань з ураженням скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), жувальних м'язів та споріднених анатомічних структур. Поеднана патологія зумовлює багатогранність клінічних проявів, серед яких домінують біль та обмеження функції, що є найбільш значними і негативно впливають на психоемоційний стан та якість життя пацієнта. Стандартизоване оцінювання з використанням діагностичних інструментів DC/TMD дає можливість порівняти показники поширеності СНЩР серед дорослого населення української популяції з показниками в інших країнах світу [1, 2].

Мета дослідження: проаналізувати поєднання клінічних діагнозів СНЩР у осіб із наявними проявами.

Матеріали і методи. Обстежено 2476 осіб, які звернулися по консультативно-лікувальну допомогу. Вибірку осіб, які відповідали критеріям включення, склали 256 дорослих, старші за 18 років, котрі дали згоду на участь у дослідженні. Середній вік (с/в) осіб вибірки становив $40,80 \pm 14,61$ років. Частка жінок (ж) становила 78,12% (200 осіб) с/в $41,57 \pm 14,70$ років, частка чоловіків (ч) – 21,88% (56 осіб) с/в $38,05 \pm 14,07$ років. Співвідношення чоловіків і жінок (ч:ж) у вибірці відповідно становило 1:3,6.

Обстеження пацієнтів проводили діагностичними інструментами згідно клінічного діагностичного протоколу DC/TMD, Axis I. Клінічні діагнози осі Axis I отримали згідно з відповідними клінічними ознаками та симптомами, а також даними МРТ для зміщень суглобового диска та КТ для дегенеративних захворювань СНЩС [1].

Результати дослідження. Відповідно до проведених клінічних досліджень та статистичного аналізу отриманих результатів больовий синдром СНЩР (БС СНЩР) був зумовлений:

- міалгією, міофасціальним больовим синдромом у 48,83% (125)

- осіб с/в $43,26 \pm 14,56$ років, зокрема, у ч. – 20,8% (26) с/в $40,62 \pm 15,53$ років; у ж. – 79,20% (99) с/в $43,95 \pm 14,30$ р.; ч:ж – 1:3,8;
- артралгією у 18,75% (48) осіб с/в $38,21 \pm 14,81$ років, з них ч. – 27,08% (13) с/в $34,62 \pm 14,22$ років; ж. – 72,92% (35) с/в $39,54 \pm 15,00$ років; ч:ж – 1:2,7.

Міалгію діагностовано в осіб із:

- зміщенням суглобового диска (ЗСД) у 16,02% (41) осіб с/в $35,20 \pm 12,99$ років: ч. – 17,07% (7) с/в $30,43 \pm 13,75$ років; ж. – 82,93% (34) с/в $36,18 \pm 12,82$ років, ч:ж – 1:4,8;
- дегенеративними захворюваннями СНЩС (ДЗ СНЩС) – у 5,47% (14) осіб с/в $48,71 \pm 13,39$ років, ж. – 100 %.
- як окремий прояв у 17,9% осіб с/в $44,32 \pm 14,53$ років: ч. – 27,7% с/в $42,75 \pm 17,28$ років; ж. – 72,73% с/в $44,91 \pm 13,63$ р.; ч:ж – 1:2,7.

Артралгію діагностовано в осіб із:

- ЗСД – 14,45% (37) осіб с/в $34,30 \pm 13,0$ років: ч. – 27,03% (10) с/в $31,50 \pm 11,15$ років; ж. – 72,97% (27), с/в $35,33 \pm 13,67$ років; ч:ж – 1:2,7;
- ДЗ СНЩС у 8,59% (22) осіб с/в $41,86 \pm 15,12$ років: ч. – 18,18% (4) із с/в $41,25 \pm 18,77$ років; ж. – 81,82% (18) осіб с/в $42,00 \pm 14,83$ років;

Міалгію в поєднанні з артралгією діагностовано в осіб із:

- ЗСД – 4,69% (12) осіб с/в $32,17 \pm 13,16$ років: ч. – 16,67% (2) с/в $34,50 \pm 23,30$ років; ж. – 83,33% (10) с/в $31,70 \pm 12,24$ років; ч:ж – 1:5.
- ДЗ СНЩС – 2,73% (7) осіб с/в $44,43 \pm 14,01$ років: ж. – 100,0% (7).
- ЗСД поєднанні з ДЗ СНЩС у 1,56% (4) особи с/в $38,50 \pm 16,66$ років: ж. – 100,0% (4).

Внутрішньосуглобові розлади у вибірці пацієнтів із СНЩР найчастіше діагностували як:

- той чи інший тип ЗСД – 55,47% (142) особи с/в $34,93 \pm 11,98$ років: ч. – 20,42% (29) с/в $31,52 \pm 9,89$ років; ж. – 79,58% (113) с/в $35,81 \pm 12,35$ років; ч:ж – 1:3,7;
- гіпермобільність суглобової головки (ГСГ) – 23,05% (59) осіб с/в $35,92 \pm 13,30$ років: ч. – 2,81% (17) с/в $33,41 \pm 11,97$ років, ж. – 71,19% (42) с/в $36,93 \pm 13,81$ років; ч:ж – 1:2,5.

ЗСД діагностовано як монодіагноз у 20,7% (53) осіб с/в $34,34 \pm 10,97$ років: ч. – 16,98% (9) с/в $31,67 \pm 10,38$ років; ж. – 83,02% (44), с/в –

34,89 ± 11,2 років; ч:ж – 1:4,9; ГСГ – у 4,69% (12) с/в 41,50 ± 15,40 років; ч. – 25,00% с/в 43,33 ± 15,01 років; ж. – 75,0% с/в 40,89 ± 16,37 років, ч:ж – 1:3. Поєднання ЗСД і ГСГ діагностовано у 14,84% (38) осіб с/в 31,89 ± 10,65 років: ч. – 28,95% (11) с/в 29,36 ± 9,62 років, ж. – 71,05% (27) с/в 32,93 ± 11,04 років, ч:ж – 1:2,5.

ДЗ СНЩС – остеоартроз діагностували у 16,41% (42) осіб с/в 48,88 ± 15,83 років: ч. – 14,29% (6) с/в 45,67 ± 16,94 років; ж. – 85,71% (36) с/в 49,42 ± 15,82 років, ч:ж – 1:5,9.

Поєднання ДЗ СНЩС з ЗСД діагностували у 5,86% (15) осіб с/в 36,93 ± 14,32 років: ч. – 6,67% (1) с/в 30,00 ± 0,0 років; ж. – 93,33% (14) с/в 37,43 ± 14,73 років; ч:ж – 1:14.

Висновки. Аналіз статистичних даних дає можливість встановити закономірність проявів найпоширеніших СНЩР, їхній гендерний та віковий розподіл з метою вивчення причин та окреслення стратегії управління процесом.

Література

1. Ohrbach R., Gonzalez Y., List T., Michelotti A., Schiffman E. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD). Clinical Examination Protocol Version, 6, 2014. <http://www.rdc-tmdinternational.org>.
2. Osiewicz M., Lobbezoo F., Loster B., Loster J., Manfredini D. Frequency of temporomandibular disorders diagnoses based on RDC/TMD in a Polish patient population. The Journal of Craniomandibular and Sleep Practice, 36(5): 304–310. <https://www.researchgate.net/publication/319019177>.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Кокарь О.О.,¹ Дементьєва О.В.²

¹Запорізький державний медичний університет,
кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології,
м. Запоріжжя, Україна

²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
кафедра терапевтичної стоматології,
м. Київ, Україна

Захворювання тканин пародонта належать до найпоширеніших стоматологічних патологій (80–100%), а найчастішою з них є хроніч-

ний генералізований пародонтит (ХГП). Проблема лікування ХГП досі не вирішено, що пояснюється багатофакторністю причин. Відомо, що домінуючим чинником виникнення ХГП є зростання бактеріальної інфекції в ясенних кишнях, що призводить до руйнування сполучної тканини і втрати альвеолярної кістки [2]. Останніми роками для місцевого лікування захворювань пародонта застосовують фотодинамічну терапію (ФДТ), яка є більш досконалою, альтернативною, має значно більшу ефективність щодо зниження мікробного навантаження, ніж антибіотикотерапія, озонотерапія, хірургічний та ультразвуковий методи лікування [1].

Мета дослідження: вивчення клінічної ефективності комплексного лікування ХГП I–II ступеня тяжкості із застосуванням ФДТ.

Матеріали і методи. На кафедрі терапевтичної стоматології обстежили і пролікували 37 хворих віком від 25 до 40 років з ХГП I–II ступеня тяжкості. Клінічне обстеження пацієнтів проводили за загальноприйнятою схемою, що включала опитування, огляд, індексне оцінювання гігієни порожнини рота та стану тканин пародонта (ІГ, ПІ, РМА). Пацієнтів розподілено на 2 групи: у 1-й (контрольний – 15 пацієнтів) лікування здійснювали за загальноприйнятою методикою; у 2-й (основний – 17 осіб) групі проводили комплексну пародонтальну терапію з поєднанням ФДТ. Використовували апарат ФДТ з потужністю випромінювання 200 mW, довжиною хвилі 650 nm. Методика проведення: фотосенсибілізатор вносили у пародонтальну кишеню (ПК) на 3–5 хв, залишок фотосенсибілізатора ретельно змивали дистильованою водою; висушування, обробка ПК світловодом лазера протягом 2 хв, промивання ПК. Ефективність лікування оцінювали за даними клінічних та індексних методів, які проводили перед початком лікування, після лікування, через 6 та 12 міс.

Результати дослідження. Первинне обстеження хворих дало змогу виявити характерні ознаки ХГП: кровоточивість ясен під час чищення зубів, набряклість ясен, оголення шийок зубів, чутливість зубів до температурних і хімічних подразників, наявність ПК, рухомість зубів, неприємний запах із порожнини рота. Після проведення професійної гігієни порожнини рота у пацієнтів обох груп помічено позитивну динаміку. У хворих основної групи із застосуванням ФДТ спостерігали швидшу ліквідацію таких симптомів запалення, як набряклість і гіперемія ясенних сосочків, кровоточивість, біль; патологічна рух-

ливість зубів (І–ІІ ступеня до лікування) зменшилася і наблизилася до фізіологічної норми. У хворих обох груп після комплексної терапії спостерігалось суттєве зниження показника ІГ та індексного оцінювання стану тканин пародонта, а саме значень індексів ІГ, ПІ, РМА.

У пацієнтів основної групи через 6 і 12 міс спостерігали збереження клінічної стабілізації патологічного процесу в тканинах пародонта, що підтвердило клінічними показниками. І хоча показник ІГ через 12 міс зріс, його значення залишилося на середньому рівні. У 16,2 % випадків спостерігали гіперемію маргінального краю ясен, інколи кровоточивість під час зондування. У пацієнтів цієї групи відбувалося значне зниження показників ПІ та РМА порівняно з показниками до лікування.

Через 6 і 12 міс після комплексного лікування пацієнти контрольної групи, як і раніше, скаржилися на рухливість зубів, кровоточивість ясен під час чищення зубів і під час споживання твердої їжі, неприємний запах із порожнини рота. Під час об'єктивного огляду спостерігали суттєве зростання ІГ, у 46,2 % хворих – ознаки патологічних змін, характерні для пародонтиту: гіперемія, кровоточивість під час зондування; у 6 пацієнтів виявлено щільні зубні відкладення, що потребувало проведення повторної професійної гігієни порожнини рота. Стан тканин пародонта у пацієнтів цієї групи неухильно погіршувався, показники ПІ та РМА наблизилися до результатів, які були до лікування.

Висновки. Включення в комплексне лікування хворих на ГП І–ІІ ступеня тяжкості фотодинамічної терапії сприяє поліпшенню клінічного стану пародонта, стабілізації патологічного процесу в тканинах пародонта у віддалені терміни, що забезпечується ефективною протимікробною дією.

Література

1. Бургонский В.Г. Фотодинамическая терапия в практической стоматологии. Учебно-методическое пособие. – К, 2012. – 39 с.
2. Терапевтична стоматологія. У 4 т. – Т. 3. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – 616 с.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОФІЛАКТИКУ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ВАГІТНИХ

Коленко Ю.Г., Колесник К.В.

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

Під час вагітності жінки перебувають у групі ризику виникнення основних стоматологічних захворювань – запалення тканин пародонта, карієсу зубів та його ускладнень. Актуальним є диспансерне спостереження, проведення профілактично-освітньої роботи стоматологами з майбутніми мамами для раннього виявлення та запобігання виникненню стоматологічної патології, яка своєю чергою може бути причиною серйозних ускладнень вагітності.

Мета роботи: проаналізувати наукові джерела, результати досліджень щодо питань поширеності та активності карієсу у вагітних та визначити лікувально-профілактичні заходи для проведення антенатальної профілактики.

Метод: якісно-кількісний метод вивчення документів.

Результати дослідження. Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я № 417, що регламентує допомогу в жіночій консультації, стоматологічний огляд вагітної не передбачено, проте огляд стоматолога обов'язковий у разі постановки на облік. У період вагітності посилюється використання кальцію, виникає дисбаланс мікроелементів, гормонів, наявна імуносупресія, що призводить до підвищення ризику розвитку гінгівіту, карієсу, зубних відкладень. Для надання стоматологічної чи іншого виду медичної допомоги найоптимальнішим є II триместр. Бактеріальні інфекції в жінки призводять до виникнення хоріоамніоніту, що може спровокувати викидень, передчасні пологи тощо. Доцільно санувати порожнину рота, усунути наявні вогнища інфекції, щоб запобігти інфікуванню. Заборонено вживати препарати миш'яку, анестетики з вазоконстрикторами, відбілювання зубів, імплантація. Варто відтермінувати й початок використання брекет-систем. Рентгенографію доцільно здійснювати радіовізіографом захистивши жінку фартухом. У період годування грудьми лікарські препарати доцільніше застосовувати безпосередньо перед прикладанням дитини до грудей.

Висновки. Виникнення та поширеність карієсу у вагітних, що мають тенденцію до зростання, зумовлені: спадковістю, загальносоматичною патологією, прийомом лікарських препаратів, соціальними та демографічними критеріями, екологічними чинниками. Основною причиною захворювань порожнини рота у вагітних потрібно вважати мікробну флору ротової порожнини, що змінюється під впливом загальних і місцевих чинників, тому такі жінки мають бути включені в групу ризику щодо розвитку стоматологічних захворювань та належним чином освідомлені про чинники ризику, методи профілактики та наслідки, які можуть настати внаслідок можливого впливу комплексу чинників патологічних станів на їхнє стоматологічне здоров'я.

Застосування комплексного підходу за прикладом білоруських колег спільно з законодавчим урегулюванням державою низки дій, спрямованих на виховання освіченого населення щодо профілактики стоматологічних захворювань у цілому, можна як мінімум перейняти й Україні, а ліпше доповнити і розробити найефективніші методики, взявши за основу такий підхід.

LOCAL IMMUNITY OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS AND BRONCHIAL ASTHMA

Kolenko Y.G., Lynovytska O.V., Timokhina T.O.

**Bogomolets National Medical University, Department of Therapeutic Dentistry
Kyiv, Ukraine**

Numerous studies have shown a close relationship between general diseases of the body, damage to hard tissues of teeth and the state of periodontal tissues [1, 3, 8]. Inflammatory processes in the oral cavity can be the first clinical signs of disorders in various somatic pathologies. For combined pathology, the course of diseases is characterized by interrelationships due to the presence of a close functional connection between the affected organs. The frequency and intensity of periodontal disease increasing proportionately to the duration and severity of the underlying disease.

Bronchial asthma (BA) – one of the most important medical and social problems; in order to control its correct course, inhaled glucocorticosteroids (ICS) are used, that have a basic anti-inflammatory effect. However,

improper inhalation technique or not flushing the residues of the substance from the oral cavity after inhalation of the drug leads to secondary lesions of the mucous membrane of the oropharynx with the development of oral candidiasis or to increased manifestations of generalized periodontitis (GP).

It is beyond doubt that immune system and local immunity factors first that being involved in the development and progression of generalized periodontitis (GP) [11].

Objective of this work is to determine the indices of local immunity in patients with GP with concomitant BA.

Materials and methods. To achieve this goal, were examined 78 patients with GP at the age from 42 to 60 years (average age was 52.7 ± 4.6 years). I group consisted of 37 people with GP II, who had persistent BA of mild or moderate severity and were taken ICS as basic therapy, group II – 41 people with GP II degree who did not have BA. The groups were randomized by age and sex. All patients gave a voluntary informed permission to participate in the study. The diagnosis and severity of GP were established in accordance with the classification of M.F. Danilevsky, 1994 [3]. Dental status was determined according to generally accepted dental techniques with mandatory questioning and examination of patients. All patients underwent a comprehensive examination of the state of periodontal tissues and assessed using following indices: hygienic – Green-Vermillion (IH-DI-S and IH-CI-S); 1964; PMA index modified by Parma (1960), periodontal - PI (Russell, 1956) and IR (S.H. Ramfjord, 1959); bleeding (BI) by H.R. Muhlemann, A.S. Mazor (1958). The depth of periodontal pockets was calculated as an average value based on the results of determination at 6 points that surrounding each tooth. Tooth mobility was determined in points – from 0 to 3 (according to Miller's scale as modified by Fleszar, 1980). All patients underwent immunological examination with determination of the level of pro- and anti-inflammatory cytokines by enzyme immunoassay according to the method of the manufacturer "Pro Con" (Russia) in saliva.

Statistical data process was carried out by the methods of variation statistics using the Microsoft XP «Excel» application package, as well as using the special program «STATGRAPHICS Plus version 2.1».

Results and discussions. In patients with GP and concomitant asthma, were found high indicators of hygiene, as well as significantly increased indices reflecting inflammatory phenomena in the periodontium, namely, PMA and BI, that might be associated with the pharmacological

effects of ICS. In both groups of patients were increasing an indicator of tooth mobility. It was discovered that the unified indicators for assessing the periodontal status (PI and IR indices), characterizing dystrophic inflammatory disorders, were statistically higher in the first group of patients. In the first group of patients, a significantly higher level of IL-4 was found in the oral fluid with significantly reduced concentration of IFN- γ . The increased concentration of IL-4 in the oral fluid is apparently due to both the local influence of ICS, which have a local anti-inflammatory effect, and the predominance of the T-helper 2 link of the immune response as a key link in the pathogenesis of BA. At the same time, undoubtedly, a negative side effect of ICS is a decrease in the level of IFN- γ in the oral fluid, which may contribute to more severe manifestations of the course of GP.

Conclusions. In patients with generalized periodontitis and concomitant bronchial asthma against the background of high indicators of hygiene indices, were found significantly higher indices, that reflect inflammatory phenomena in the periodontium, namely PMA and IB. Changes in local indicators oral immunity are deep and specific in nature and manifest pronounced imbalance in the level of T-helper 1 and T-helper 2 derived cytokines.

References

1. Abayev Z.M. Sovremennyye metody lecheniya i profilaktiki zabolevaniy parodonta / Z.M. Abayev, D.I. Domashev, M.K. Antidze, O.A. Boriskina // Stomatologiya. – 2012. – №4. – S. 72–74.
2. Danilevskiy N.F., Borisenko A.V. Zabolevaniya parodonta. – K.: Zdorov'ya. – 2000. – 462s.
3. Iqbal P.S. Assessment of systemic inflammatory markers in patients with aggressive periodontitis / P.S.Iqbal, SN.Khan, M.Haris // Journal International Oral Health. –2015.–№7.– P.48–51.
4. Yucel-Lindberg T. Inflammatory mediators in the pathogenesis of periodontitis /T.Yucel-Lindberg, T. Båge// Expert Review Molecular Medicine.–2013.–№.8.–P.75–78.

РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ В ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВНОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ

Коленко Ю.Г., Синько А.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна

Оксидативний стрес – це дисбаланс між оксидантами і анти-оксидантами на користь перших, що призводить до порушення редокс-сигналізації і контролю або молекулярного пошкодження. Рівень активних форм кисню і антиоксидантна активність (оксидантно-антиоксидантний статус) у нормі перебувають у стані балансу, але за певних умов може виникнути його порушення на користь активних форм. Такий стан визначено Гельмутом Зісом у 80-х роках минулого сторіччя як оксидативний стрес. Однак пагубну дію вільні радикали виконують лише в разі порушення оксидантно-антиоксидантного балансу, а з низькими рівнями вони є невід’ємними учасниками регуляторних процесів. У вивчені вільно-радикальних процесів є багато запитань, які потребують наукової уваги. Поглиблення і розширення знань про їхню роль у життєдіяльності клітини дасть змогу виробити нові стратегії та шляхи регулювання цими процесами.

Мета роботи: узагальнити знання про роль оксидативного стресу в патогенезі хронічного рецидивного афтозного стоматиту (ХРАС).

Матеріали і методи. Статті за 2015–2020 роки отримані з інформаційних джерел: PubMed, Google Scholar з використанням пошукових запитів: окислювальний стрес і ХРАС. Враховувалися результати експериментальних досліджень англійською мовою, звіти про окремі випадки не включалися.

Результати дослідження. Огляд об’єднує інформацію з відповідних опублікованих досліджень, присвячених окислювальному стресу при захворюваннях слизової оболонки порожнини рота, а саме при хронічному рецидивному афтозному стоматиті. Ми описуємо патогенетичну функцію оксидативного стресу при ХРАС. На сьогодні етіопатогенез ХРАС до кінця не вивчено. Потенційні тригерні чинники включають: генетичну схильність, вірусні та бактеріальні інфекції, харчову алергію, дефіцит вітамінів та мікроелементів, системні захво-

рювання, гормональний дисбаланс, механічні травми. Усі ці чинники призводять до порушення балансу окисидантно-антиоксидантної системи в організмі, унаслідок чого виникає патологічний стан, відомий як оксидативний стрес з утворенням вільних радикалів.

Таким чином, через оксидативний стрес відбуваються порушення імунної регуляції. Визваний підвищений рівень вільних радикалів, спричинює пошкодження клітин. В деяких дослідженнях оцінено роль оксидативного стресу в патогенезі ХРАС шляхом вимірювання рівнів оксидантів і антиоксидантів у слині. Унаслідок проведеного дослідження виявлено, що проникнення імунних клітин у вогнище ураження призводить до збільшення концентрації вільних радикалів.

Висновки. Виявлено важливу кореляцію між ушкодженням ДНК і індексом окисного стресу та значеннями загального окисного статусу у пацієнтів з ХРАС. Встановлено зв'язок між ХРАС та оксидативним стресом.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНОГО ПЕРЕБІГУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХОЕМОЦІЙНИМ СТРЕСОМ

Кононова О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна

У процесі лікування хворих на генералізований пародонтит потрібно враховувати загальний стан хворого [8–10]. Поряд із загальними чинниками у багатьох пацієнтів відзначаються певні прояви психоемоційного стресу [11]. Такий стан сприяє прогресуванню дистрофічно-запального процесу в пародонті, особливо у разі загостреного перебігу генералізованого пародонтиту. У комплексному лікуванні таких пацієнтів окрім місцевого лікування (зазвичай це так звана SRP-терапія з використанням відповідних антибактеріальних та протизапальних засобів) потрібно провести корекцію порушеного психоемоційного стану.

Корекцію проявів психоемоційного стресу проводять з використанням різних медикаментозних засобів. Зокрема, запропоновано

комплекс препаратів, до складу якого входять зоксон, ніцерголін та сибазон стресу [3–5]. Цей медикаментозний комплекс досліджено і обґрунтовано в експериментальних умовах на тваринах і було виявлено його пародонтопротекторну дію [4, 5]. У хворих із загостреним перебігом генералізованого пародонтиту виявлено більш виражені прояви психоемоційного стресу з підвищенням концентрації кортизолу в організмі. Для корекції цих проявів використано дещо підвищені дози запропонованого комплексу препаратів. Препарати призначали перед кожним відвідуванням пацієнтом стоматолога протягом усього курсу лікування.

Мета дослідження: визначення клінічної ефективності запропонованого лікування загостреного перебігу генералізованого пародонтиту у хворих з проявами психоемоційного стресу.

Матеріал і методи. Ефективність запропонованого медикаментозного комплексу було доведено під час комплексного лікування 40 пацієнтів із загостреним перебігом генералізованого пародонтиту І ступеня та проявами психоемоційного стресу: 25 хворих – основна група дослідження, 15 – контрольна. Під час лікування хворих основної групи застосовували запропонований комплекс медикаментозних препаратів. Наявність психоемоційного стресу визначали за допомогою опитувальників DASS-21, Спілберґера-Ханіна [7, 12].

Місцеве лікування проводили згідно із загальноприйнятими вимогами (так звана SRP-терапія з використанням відповідних антибактеріальних та протизапальних засобів). Оцінювання стану пародонта проводили за допомогою комплексу показників та пародонтальних індексів [1]. Діагноз захворювання пародонта встановлювали за класифікацією М.Ф. Данилевського [2]. Отримані результати обробляли за допомогою статистичних методів із використанням персональних комп'ютерів [6].

Результати дослідження. Після проведеного комплексного лікування у пацієнтів виявлено значне поліпшення стану гігієни порожнини рота. Зменшувалися прояви запалення: ясна набували блідо-рожевого кольору, були щільними під час пальпації і майже не кровоточили. Зменшувалася глибина пародонтальних кишень (рівень прикріплення) та кількість виділень із них. Про зменшення запалення в пародонті свідчило зменшення індексу РМА. Відзначали значне зменшення кровоточивості ясен, про що свідчили дані індексу

РВІ. Поліпшувався стан пародонта згідно з даними показника пародонтального індексу (PI). Кількісні значення пародонтальних індексів після проведеного лікування у пацієнтів основної і контрольної групи статистично достовірно ($p < 0,05$) відрізнялися.

Висновки. Отримані результати клінічного дослідження свідчать, що після проведеного комплексного лікування у хворих на генералізований пародонтит відзначено значне поліпшення стану пародонта. Згідно з даними пародонтальних індексів у пацієнтів основної групи, які отримували запропонований медикаментозний комплекс, відзначено більш виражене поліпшення стану пародонта, що свідчить про ефективність пропонованого медикаментозного комплексу.

Література

1. Борисенко А.В. Заболевания пародонта. – К.: «Медицина», 2013. – 456 с.
2. Данилевский Н.Ф. Систематика болезней пародонта. Вісник стоматології, 1994; 1:17–21.
3. Кононова О.В. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту у хворих з психоемоційним стресом. Патент на корисну модель № 133328, від 25.03.2019 р.
4. Кононова О.В., Борисенко А.В., Левитский А.П. Влияние оральных гелей квертулина и адrenoблокаторов на состояние пародонта у крыс с адреналиновым стрессом. Вісник стоматології, 2016; 97 (4): 8–11.
5. Кононова О.В. Експериментальне обґрунтування застосування адреноблокаторів. Сучасна стоматологія, 2018; 3: 36–38.
6. Мінцер О.П., Вороненко Ю.В., Власов В.В. Обработка клінічних та експериментальних даних у медицині – К.: Вища школа, 2003. – 350 с.
7. Радюк О.М. Восьмифакторный личностный опросник Спилбергера-Радюка. – Минск: РИВШ, 2009. – 96 с.
8. Kornman K. Mapping the pathogenesis of periodontitis: a new look // J. Periodontol., 2008; 79 (8): 1560–1568.
9. Lang N.P., Lindhe J. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. – Somerset: Wiley Blackwell, 2015. – 1480 p.
10. Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Newman and Carranza's Clinical Periodontology, 13th Edition. – St. Louis: Saunders, 2018. – 944 p.
11. Reners M., Breex M. Stress and periodontal disease // Int. J. Dent. Hyg., 2007; 5 (4): 199–204.
12. Spielberger C.D. Test Anxiety Inventory. Sampler Set. Manual, Test, Scoring / C.D. Spielberger. – Redwood City: Mind Garden, 1980. – 240 p.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ФІБРОМАТОЗОМ ЯСЕН З УРАХУВАННЯМ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ

Копчак О.В., Азаров О.В., Черняк С.Я., Айрапетян К.А.

ПВНЗ «Київський медичний університет», кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна

Фіброматоз ясен є клінічно складним захворюванням, яке належить до доброякісних продуктивних процесів у тканинах пародонта і яке вкрай рідко трапляється в практиці стоматолога [1].

Під нашим спостереженням була хвора віком 27 років з діагнозом «фіброматоз ясен, дифузна форма». З анамнезу відомо, що жінка перебувала в щелепно-лицеве відділення зі скаргами на збільшення ясен, неможливість пережовувати їжу та утруднене дихання. У пубертатний період у хворої діагностовано патологічну аменорею. Захворювання поступово стало розвивалося з 10–11 років (період змінного прикусу). У родині захворювань, подібних до фіброматозу ясен, не було. З 20 років пацієнтку успішно лікували в ендокринолога-гінеколога.

Під час об'єктивного обстеження виявлено порушення жувальної, фонетичної функції, асиметричний профіль обличчя за рахунок бімаксиларного (двощелепного) випинання ясен хрящоподібної консистенції, що призвело до деформації нижнього відділу обличчя. Пацієнтку направили на рентгенологічне та лабораторне обстеження. У загальному аналізі крові відхилень від норми не виявлено. На рентгенограмі – часткова резорбція міжальвеолярних перетинок та дифузний остеопороз кісткової тканини верхньої та нижньої щелеп.

Стоматологом-хірургом проведено гінгивектомію у фронтальній ділянці нижньої щелепи в проекції від 35 до 45 зубів. Під час проведення гінгивектомії виявлено під'ясенні зубні відкладення, що потенційно перешкождали загоєнню та регенерації тканин ясен у післяопераційний період. Висічену тканину ясен було направлено на гістологічне дослідження, що підтвердило діагноз «фіброматоз ясен». Стоматолог-хірург направив пацієнта до пародонтолога для консервативного лікування з метою прискорення регенерації ясен (а саме проведення професійної гігієни порожнини рота з видаленням зубних відкладень).

Направлення пацієнта до пародонтолога в цьому клінічному випадку відбулося лише після 1-го етапу гінгівектомії. Надалі лікарі-інтерністи, стоматолог-хірург та пародонтолог спільно розробили індивідуальний план лікування. Кожний терапевтичний етап лікування має проводитися в умовах пародонтологічного кабінету до початку хірургічного втручання.

Для запобігання запаленню і поліпшення регенерації тканин після хірургічного втручання нами проведено професійну гігієну порожнини рота за допомогою ультразвукового магнітострикційного скейлінгу. Після терапевтичного лікування пацієнтку повторно направили в щелепно-лицеве відділення, де завершено лікування шляхом хірургічного висічення фіброматозного патологічного ясенного розростання в бічних відділах у проекції молярів нижньої щелепи і всіх відділів на верхній щелепі. Наступний терапевтичний етап проводили через 30 днів після другого хірургічного втручання і був ідентичний першому. Додатково призначено препарати антибактеріальної, протимікробної та протизапальної дії. Пацієнтка залишалася під диспансерним спостереженням протягом 6 міс. Кожні 3 міс виконували професійну гігієну порожнини рота, рекомендовано й надалі спостереження в пародонтолога та консультація ортодонта. Загоєння і регенерація ясен у другому післяопераційному періоді відбувалися без ускладнень. Пацієнтка продовжувала спостереження в гінеколога-ендокринолога, щоб своєчасно виявляти та коригувати порушення, зумовлені патологічною аменореєю. Протягом 6 міс після проведеного лікування рецидиву фіброматозу ясен та патологічної аменореї не спостерігали.

Висновки. Аналіз наукових робіт та клінічних кейсів показав, що в схемі лікування хворих на фіброматоз ясен відсутній переважно терапевтичний етап [2].

Потрібно зазначити, що перед проведенням будь-яких хірургічних втручань, пов'язаних із тканинами пародонта, рекомендується направити пацієнта на проведення професійної гігієни порожнини рота, що значно підвищує клінічну ефективність лікування.

Міждисциплінарний підхід та комунікація між лікарями вузьких спеціальностей (стоматолог-терапевт, щелепно-лицевий хірург, сімейний лікар, ендокринолог, гінеколог та ін.) є складовою успішного комплексного лікування пацієнта.

Література

1. Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. Терапевтична стоматологія. Захворювання пародонта. Том 3 – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 616 с.
2. Katarzyna Gawron, Katarzyna Łazarz-Bartyzel, Jan Potempa & Maria Chomyszyn-Gajewska. Gingival fibromatosis: clinical, molecular and therapeutic issues. Orphanet Journal of Rare Diseases 11, 2016.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАРОДОНТОПРОТЕКТОРНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МУКО-ГІНГІВАЛЬНОГО ГЕЛЮ НА РОСЛИННІЙ ОСНОВІ

Копчак О.В., Береговий О.О.

ПВНЗ «Київський медичний університет», кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна

Лікування захворювань тканин пародонту залишається найактуальнішою проблемою сучасної стоматології [1]. Тому розробка, дослідження ефективності та впровадження нових протоколів терапії, які включають пародонтопротекторні медикаментозні засоби, що забезпечують довготривалий терапевтичний ефект, є пріоритетним завданням цієї проблеми [2].

Мета дослідження. Експериментальне вивчення на токсичній кальцій-дефіцитній моделі пародонтопротекторних властивостей муко-гінгівального гелю на рослинній основі.

Матеріали і методи. Експериментальні дослідження проведено на білих безпородних щурах-самцях з масою тіла 160–180 г. Експериментальне моделювання патології пародонта у піддослідних тварин на тлі токсичного кальцій-дефіцитного стану [3] виконували за такою схемою: тваринам щодня з питною водою давали розчин етилендіамінтетраоцтової кислоти (ЕДТА) (2%) і тричі на тиждень перорально вводили препарат Варфарин Оріон (антагоніст вітаміну К) у дозі 5 мг/кг (у перерахунку на діючу речовину варфарин натрію – 0,01 мг/кг) протягом 30 діб.

Піддослідних тварин розподілили на 4 групи: 1-а група – інтактні тварини (8 особин); 2-а група – вводили препарат Варфарин Оріон та 2 % розчин ЕДТА (8 особин); 3-я група – вводили препарат Варфарин Оріон та 2 % розчин ЕДТА і, починаючи із 7-ї доби, щодня протягом

3 тиж наносили на слизову оболонку ясен гелб Плацебо (8 особин); 4-а група – вводили препарат Варфарин Оріон та 2 % розчин ЕДТА і, починаючи із 7-ї доби, щодня протягом 3 тиж наносили на слизову оболонку ясен муко-гінгівальний гель (8 особин). Досліджуваний гель містить екстракт ехінацеї, яка чинить адаптогенну та імуністимулювальну дію, екстракт шавлії – протизапальну дію, екстракт золототисячника – стимулює саливацію та солкосерил (екстракт крові молочних телят).

Застосовано наступні методи дослідження: фізіологічні – загальний аналіз крові, лейкоцитарна формула, дослідження мазка-зіскрібка з поверхні ясен для визначення співвідношення живі/мертві епітеліальні клітини; біохімічні – дослідження активності системи антиоксидантного захисту в сироватці і тканинах пародонта.

Результати дослідження пародонтопротекторних властивостей гелю для порожнини рота показали ефективність його застосування. У першу чергу за показниками мазка-зіскрібка зі слизової оболонки ясен щурів, що включають аналіз лейкограми, співвідношення живі/мертві лейкоцити та епітеліальні клітини (вірогідно не відрізнялися від показників 1-ї групи), активності перебігу окисно-відновлювальних процесів і збереження (відновлення) захисної антиоксидантної системи в тканинах пародонта. На системному рівні позитивну динаміку було відзначено лише за окремими показниками, такими як загальний аналіз крові (не виявлено вірогідного зниження вмісту гемоглобіну ($p > 0,05$)), менш виражений лейкоцитоз відносно тварин 1-ї і 2-ї груп ($p < 0,001$)). Уміст малонового діальдегіду в сироватці крові щурів 4-ї групи не перевищував показники контролю (1-а група), але рівень дієнових кон'югатів залишався вірогідно ($p < 0,05$) вищим в 1,3 разу (до $1,80 \pm 0,12$ у.о./мл). Також відзначали стабілізацію активності маркерних ферментів глутатіонантиоксидантного захисту в сироватці крові щурів 4-ї групи при вірогідному ($p < 0,05$) підвищенні активності супероксиддисмутази і каталази в 1,2 разу (до $224,1 \pm 10,7$ од./мг білка/хв та до $0,83 \pm 0,03$ од./мг білка/хв відповідно).

Висновки. Застосування мукогінгівального гелю для порожнини рота виявило вірогідні позитивні локальні ефекти безпосередньо в тканинах пародонта, що виражалися у стабілізації показників стану слизової оболонки ясен та стану систем антирадикального захисту.

Література

1. Оценка клинической эффективности применения инъекционной формы богатой тромбоцитами аутоплазмы в комплексном лечении генерализованного пародонтита / Г. Ф. Белоклицкая, О. В. Копчак // Современная стоматология, 2014. – № 4. – С. 38–41.
2. Експериментальне та клінічне обґрунтування застосування препаратів з аргініном у комплексній терапії хворих на генералізований пародонтит / А.В. Борисенко, А.П. Левицький, О.С. Куваєв, О.В. Кононова // Інновації в стоматології, 2015. – № 3. – С. 27–32.
3. Токсическая кальций-дефицитная модель пародонтита toxic calcium deficiency model of periodontitis / Е. К. Ткаченко, С. А. Шнайдер, Н. М. Савельева, В. Н. Гороховский, О. В. Суслова // Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe, 2020. – Vol. 4. – S. 11–16.

ІН'ЄКЦІЙНІ МЕТОДИ ВІДНОВЛЕННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТА ПРИ СПОНТАННОМУ ПАРОДОНТИТІ У ЩУРІВ (ДОКЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Копчак О.В.¹, Марченко Н.С.¹, Макаренко О.М.², Савосько С.І.³

¹ПВНЗ «Київський медичний університет»,

²Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП),

³Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Значна поширеність запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта серед населення, великий відсоток втрати зубів та шкідливий вплив вогнищ пародонтальної інфекції на організм є не лише медичною, а й соціальною проблемою [2, 4]. Проте питання, що стосуються механізмів відновлення (регенерації) тканин пародонта при запальних захворюваннях, у доступній нам літературі не достатньо висвітлено та потребує додаткових досліджень.

Мета дослідження: дослідити зміни тканин пародонта у щурів із спонтанним пародонтитом (spontaneous periodontitis, SP) і оцінити вплив гіалуронової кислоти (hyaluronic acid, HA) різних молекулярних мас (1,0 MDa і 2,4 MDa) на стан сполучної тканини пародонта.

Матеріали і методи. Досліджено різці нижньої щелепи у щурів-самців лінії Wistar з ознаками SP. Критерієм включення лабораторних тварин у дослідження були візуальні прояви гіперемії ясен навколо різців. Дослідним тваринам вводили 0,05 мл HA в ділянці альвеолярного відростка центральних різців 1 раз на тиждень тричі, а на 4-й тиждень після останнього введення проводили гістологічні, морфологічні та статистичні дослідження. Досліджували вплив трьох

форм НА: «G-1,0» (1,0MDa); «S-2,4» (2,4MDa); ГК з манітолом «ST-2,4+M» (2,4MDa). Мікропрепарати сагітальних зрізів нижньої щелепи досліджували під флуоресцентним вимірювальним мікроскопом Olympus BX51. Оцінювання структурних змін проведено напівкількісним методом за Nakahara Y. і співавторами (2014).

Результати дослідження. У сполучній тканині інтактних тварин і тварин зі SP колагенові волокна кластерами радіально з'єднували цемент кореня зуба з альвеолярною кісткою, формуючи періодонтальну зв'язку (PDL). Контур альвеолярної кістки, до якого приєднується PDL, регулярний і тільки фокально мав канали, крізь які проникають судини (Volkmann's canals).

У щурів усіх груп зі SP виявлено інфільтрацію нейтрофілів і менше еозинофілів у сполучній тканині ясен, рідше в маргінальному періодонті без формування абсцесів. Доказом структурних порушень пародонта при SP, асоційованих із запаленням, були кровонаповнення і стаз судин PDL без значного пошкодження колагенових волокон PDL. Встановлено, що зміни мікроциркуляції в PDL не обмежувалися маргінальним і апікальним періодонтом, а прогресували до пульпи і сосочків зуба.

Уведення 1% і 2% розчину НА з молекулярною масою 1,0MDa і 2,4MDa не спричинювало змін кровоносних мікросудин PDL та пульпи, а зміни оцінено як помірні.

Висновки. Локальне введення НА не викликало додаткових структурно-функціональних порушень у тканинах пародонта щурів із SP, але й не вплинуло на зміни мікросудинної системи періодонта і пульпи зуба, PDL на моделі щурів. Можна розглядати тенденцію до поліпшення стану тканин пародонта в групі щурів, яким вводили високомолекулярну НА та НА з манітолом (2,4 MDa).

Література

1. Kopchak O.V., Marchenko N.S., Yanishevskaya Ya.V. (2020). Modeling of chronic generalized periodontitis in laboratory animals (literature review). Медичні перспективи, XXV (3), 22–29. doi: 10.26641/2307–0404.2020.3.214646
2. Новий підхід до комплексного лікування генералізованого пародонтиту, асоційованого з кардіоваскулярною патологією / Г. Ф. Білоклицька, О. В. Копчак // Вісник стоматології. – 2017. – Т. 26, № 4. – С. 30–35. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSL_2017_26_4_9
3. Мікробіоценоз пародонтальних карманів при генералізованому пародонтиті / О. В.

Копчак, Т. Б. Волінська // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – Вип. 2. – С. 360–363.

4. Патогенетичне обґрунтування нових підходів до лікування генералізованих захворювань пародонта у пацієнтів з ендотеліальною дисфункцією при кардіоваскулярній патології [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.22 / Копчак Оксана Вікторівна; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2018. – с. 43
5. Cheremisina V.F., Berezhnyakova A.I. Erythrocytes and their value in pathogenesis of parodontium inflammatory diseases. Journal of Education, Health and Sport. 2019. Vol.9, No4. P.611–617.
6. Piloni A, Schmidlin PR, Sahrman P, Sculean A, Rojas MA. Effectiveness of adjunctive hyaluronic acid application in coronally advanced flap in Miller class I single gingival recession sites: a randomized controlled clinical trial. Clin Oral Invest. 2019 Mar;23(3):1133–1141.
7. Lobato JCRF, Dos Santos Vilhena MA, Izidoro C, Alves RC, Proença L. Single application of 0.8% hyaluronic acid as a coadjuvant of nonsurgical treatment in nonsmoking patients with periodontitis: A split-mouth, randomized, controlled pilot clinical trial. J Indian Soc Periodontol. 2019; 23(6): 545–548.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Копчак О.В., Янішевська Л.М., Янішевський К.А., Куліш А.С.

ПВНЗ «Київський медичний університет»,
кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна

У структурі стоматологічної захворюваності населення захворювання тканин пародонта посідають одне з основних місць [1, 2].

Останнім часом усе більшої уваги приділяють взаємозв'язку та взаємозумовленості щодо розвитку патології серцево-судинної системи і захворювань пародонта, зокрема ішемічної хвороби серця. Результати досліджень фахівців демонструють залежність між морфологічними змінами структури судин та змінами у тканинах пародонта [3, 4].

Мета роботи: визначити клініко-морфологічні зміни в тканинах пародонта у пацієнтів з генералізованим пародонтитом (ГП) та ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали і методи. Обстежено 190 пацієнтів з ГП хронічного перебігу на тлі ІХС, яких було розділено на 4 групи. У 1-у групу ввійшли 23 пацієнти з ГП початкового ступеня, у 2-у – 54 пацієнти з ГП I ступеня, у 3-ю – 87 пацієнтів з ГП II ступеня, у 4-у – 26 пацієнтів з ГП III

ступеня. Усім хворим проведено визначення індексу гігієни порожнини рота, папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА), глибини пародонтальних кишень, рецесії ясен та втрати епітеліального прикріплення.

Морфологічні дослідження проводили на інцизійних біоптатах із ясенних сосочків. Також досліджували активність лімітуючих ферментів дихання та термінального окислення: сукцинатдегідрогенази (СДГ), лактатдегідрогенази (ЛДГ), цитоплазматичної гліцерофосфатдегідрогенази, глюкозо-6-фосфатдегідрогенази, НАДН і НАДФ-Н дегідрогеназ. Гістохімічні методики викладено в посібнику Є. Пірса [5].

Результати дослідження. Спостерігали погіршення індексу гігієни порожнини рота в разі збільшення тяжкості перебігу ГП, який у пацієнтів усіх чотирьох груп становив $2,12 \pm 0,11$; $2,32 \pm 0,11$; $3,23 \pm 0,14$ і $3,62 \pm 0,16$ бала відповідно. Виявили підвищення активності запальних процесів у тканинах пародонта за показником РМА по групах, що становив $34,12 \pm 1,43$; $44,68 \pm 1,94$; $76,60 \pm 2,10$ і $77,54 \pm 2,12$ % відповідно.

Морфологічні зміни в тканинах пародонта характеризувалися нерівномірним ураженням епітеліального шару, дистрофічно зміненим сулькулярним епітелієм, явищами вогнищевої альтерації та некротичними змінами в тканинах ясен, розладами в мікроциркуляторному руслі – звуженням просвіту артерій і розширенням венозних судин. Виявлено вірогідне ($p < 0,05$) зниження активності СДГ, ЛДГ, глюкозо-6-фосфат ДГ, НАД-Н ДГ і НАДФ-Н ДГ у клітинах епітелію ясен, ендотелію мікросудин і в сполучнотканинних клітинах. Разом з тим рівень гліколізу був вірогідно високим ($p < 0,05$), що свідчило про його компенсаторну підвищеність в умовах циркуляторної гіпоксії, зумовленої ІХС.

Висновки. Поглиблення тяжкості ГП супроводжується погіршенням показників пародонтальних та гігієнічних індексів. Морфологічні зміни в тканинах пародонта зумовлені ішемічним станом усіх тканин організму в цієї категорії пацієнтів, який є наслідком хронічної серцево-судинної недостатності. У всіх хворих спостерігали збільшення тканинної гіпоксії в пародонті, про що свідчить зниження рівня активності ферментів дихання, пентозного шунта і термінального окислення за одночасної активізації процесів гліколізу. У гістологічних препаратах біоптатів з ясен у хворих з ішемічним станом спостерігали посилення дистрофічних, некробіотичних і вогнищевих не-

кروتичних змін, що призводять до руйнування епітеліальних клітин, базальної мембрани й суттєвим розладам у мікроциркуляторному руслі.

Література

1. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Пупин Т.И. Лечение генерализованного пародонтита у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями// Современ. стоматология. 2007. – N 2. – С. 45–7.
2. Арутюнов С.Д., Плескановская Н.В., Наумов А.В. и др. Заболевания пародонта и системные болезни: известное прошлое и многообещающее будущее// Пародонтология. 2009. – N 1. – С. 3–6.
3. Kopchak O.V. Evaluation of the clinical effectiveness of a modified technique of injecting prp-therapy in complex treatment of generalized periodontitis patients with concomitant cardiovascular diseases. J Educ Health Sport. 2017;7(5):868–77.
4. Копчак О.В., Білоклицька Г.Ф., Стеченко Л.О., Кривошеєва О.І. Ультраструктурна організація тканин ясен хворих на генералізований пародонтит при кардіоваскулярній патології// Світ медицини та біології. 2017. – N 1. – С. 121–6.
5. Пирс Э. Гистохимия теоретическая и прикладная. Иностранная литература. 1989:896.

ОСОБЛИВОСТІ НЕКАРІОЗНИХ УШКОДЖЕНЬ ЗУБІВ

Костишин А.Б., Костишин З.Т., Ільницька О.М., Штурмак В.М.

Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра ортопедичної стоматології,
кафедра стоматології післядипломної освіти
м. Івано-Франківськ, Україна

Із літературних джерел відомо, що клінічні прояви впливу професійних чинників у порожнині рота можуть слугувати ранніми діагностичними симптомами.

Мета дослідження: вивчення особливостей некаріозних уражень зубів у пацієнтів, які працюють у шкідливих умовах, та своєчасне здійснення комплексу оздоровчих заходів [1, 2, 3].

Матеріали і методи. Проведено дослідження стану твердих тканин зубів у 280 працівників, які зазнають впливу професійних чинників. Під час обстеження виявлено некаріозні ушкодження, що виникають після прорізування зубів: патологічне стирання, некроз та ерозія емалі, клиноподібний дефект. Огляд зубів проводили при доброму освіт-

ленні з використанням лупи, що допомагало віднаходити можливі дефекти емалі, непомітні неозброєним оком. Використовуючи гіперестезію уточнювали, які чинники спричинювали больову реакцію, а також визначали реакцію пульпи на електрострум.

Результати дослідження. Унаслідок обстеження виявлено, що патологічне стирання зубів спостерігали у пацієнтів як основної, так і контрольної груп; що більшим був стаж пацієнта, то чіткіше простежувалося збільшення кількості патологічного стирання. Наприклад, у пацієнтів зі стажем від 0,5 до 5 років патологічне стирання діагностовано у 9 випадках, що становило 7,5 %, зі стажем 6–10 років – у 12 (12,3 %), а зі стажем 11–15 років у 27 обстежуваних, що становило 43,6 %. Такого зростання кількості патологічного стирання зубів не спостерігалось у контрольної групи. А саме: у пацієнтів зі стажем 0,5–5 років цю патологію діагностували в 4 випадків (10,8 %); зі стажем 6–10 років – у 6 (13,3%), зі стажем 11–15 років у 3 (13,6 %), зі стажем 16–20 років – в 1 (4,3 %).

Подібну картину збільшення кількості випадків некрозу емалі у пацієнтів основної групи спостерігали у разі збільшення тривалості впливу на організм ДМФА. Так, некроз емалі діагностували у пацієнтів зі стажем 0,5–5 років у двох випадках, що становило 1,7 % кількості всіх осіб цієї групи; зі стажем 6–10 років – 3 (3,1 %), зі стажем 11–15 років – 7 (11,3 %) випадків. У пацієнтів контрольної групи некрозу не діагностували.

Клиноподібний дефект траплявся рідше, ніж попередні захворювання, і був пов'язаний з патологією пародонту. Однак у пацієнтів основної групи його діагностували у кожній групі відповідно до стажу. Так, у групі зі стажем 0,5–5 років клиноподібний дефект діагностували у 2 осіб (1,7 %), зі стажем 6–10 років – у 2 (2,0 %), 11–15 років – у 3 (4,8 %) пацієнтів. Отже, тут також простежується зростання патологічного процесу у відсотковому співвідношенні відповідно до збільшення часу впливу на організм шкідливих професійних чинників. У пацієнтів контрольної групи клиноподібний дефект спостерігали лише у двох: по 1 випадку у пацієнтів зі стажем 0,5–5 років та 6–10 років, що відповідно становило 2,7 % та 2,2 % кількості осіб у цих групах.

Ерозію спостерігали у трьох пацієнтів основної групи: зі стажем 6–10 років, що становило 1,0 % усіх осіб даної групи; зі стажем 11–15

років, що становило 3,2 %. Ерозію діагностовано в одного обстежуваного контрольної групи зі стажем 11–15 років.

Висновки. Отже, внаслідок обстеження автори переконалися, що некаріозні ушкодження твердих тканин зубів частіше діагностують в осіб, які зазнають шкідливого впливу професійних чинників, порівняно з обстежуваними контрольної групи. Очевидно, хімічні речовини, потрапляючи в слину, утворюють кисле середовище, в якому відбувається інтенсивна декальцинація твердих тканин зубів.

Література

1. Варивончик Д.В., Еджибія О.М., Копач К.Д. Сучасні підходи до вдосконалення, профілактики, скринінгу та ранньої діагностики пухлин голови та шиї професійного генезу. – Український журнал проблем медицини праці, 2020; 16(3):187–201.
2. Зазуляк Т.С. Впровадження сучасних вимог до методик кількісного контролю шкідливих хімічних чинників у повітрі робочої зони фармацевтичних підприємств. – Український журнал проблем медицини праці, 2020; 16(1):33–43.
3. Трахтенберг І.М., Дмитруха Н.М. Промислова токсикологія: основні напрями, результати та перспективи наукової діяльності. – Український журнал проблем медицини праці, 2019; 15(2):87–101.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ СНЩС В РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПЕРІОД COVID-19

Костюк Т.М., Хомяк К.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Захворювання скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) є однією з найпоширеніших патологій щелепно-лицевої ділянки як в Україні, так і за кордоном і становить від 20 до 75% [1,3] загальностоматологічних патологій. Під час пандемії COVID-19 зросла психологічна напруженість і тривога в суспільстві [2], що відображається на загальному самопочутті людей, зокрема, й на патології СНЩС. Зросла кількість нових симптомів та загострень прояву дисфункції СНЩС саме після перенесеного COVID-19 [4,5].

Мета дослідження: вивчити та провести порівняльний аналіз характеру та ступеня психологічних проявів у пацієнтів із дисфункцією

СНЩС, які перебувають у реабілітаційному періоді після перенесеного захворювання на COVID-19 шляхом аналізу психологічних скринінг-тестів.

Матеріали і методи. Загальна кількість хворих із м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС становила 274 осіб (193 жінки та 81 чоловік) віком від 18 до 65 років. Із цього репрезентативного контингенту вилучено групу пацієнтів, які перебували на лікуванні з приводу дисфункції СНЩС терміном 6–12 міс та які в період серпень 2020 – листопад 2020 рр. перехворіли на COVID-19. До дослідження були залучені пацієнти з легкою та середньою тяжкістю хвороби. Усього обстежено 24 особи з дисфункцією СНЩС, у яких клінічний індекс дисфункції був у межах $h = 6-15$ і больовий індекс прояву – у межах $b = 2-5$. Для оцінювання психологічного статусу пацієнтів використали: власний розроблений опитувальник, Гіссенський опитувальник соматичних скарг, Торонтську алекситимічну шкалу, модифіковану 10-ступінчасту шкалу суб'єктивного аналізу болю FPS-R (на основі Bayers). Для проведення порівняння груп пацієнтів використовували непараметричний критерій Стюдента, за критичний було прийнято рівень 1 значущості $p = 0,01$.

Результати дослідження. Під час вивчення та порівняльного аналізу характеру і ступеня психологічних проявів у пацієнтів з м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС, котрі перенесли захворювання на COVID-19, шляхом розробленого власного опитувальника з'ясували, що посилення (виникнення) болю в ділянці СНЩС після перенесення COVID-19 гостро відчували 6 (25%) пацієнтів, погіршення симптоматики дисфункції СНЩС з перенесеним COVID-19 пов'язують 19 (79,2%) пацієнтів, максимальне посилення (виникнення) хрускоту в ділянці СНЩС після перенесеного COVID-19 відзначали 8 (33,3%) пацієнтів, виникнення і значне посилення болю та шуму у вухах після перенесеного COVID-19 – у 2 (8,3%) пацієнтів, виникнення (посилення) головного болю після перенесеного COVID-19 – у 8 (33,3%) пацієнтів, менші показники в 4 (16,6%) опитаних, на виникнення та значне посилення болю в жувальних м'язах та у м'язах шиї скаржаться 4 (16,6%) пацієнтів. У 11 (45,8%) пацієнтів з'явилися нові симптоми, що їх вони пов'язують із дисфункцією СНЩС, після одужання 2 (8,3%) опитаних менше впевнені у зв'язку нових симптомів з COVID-19, 3 (12,5%) особи не впевнені в цьому, 8 (33,3%) пацієн-

тів заперечують цей факт. Як найвищий ступінь тривожності після одужання відзначають 12 (50%) пацієнтів, нижчий він у 4 (16,6%) опитаних, незначні зміни – у 4 (16,6%), відсутність тривожності – у 4 (16,6%) пацієнтів.

Висновки. Проаналізовано вплив перенесеного COVID-19 на психологічний статус пацієнта. Визначено, що у 15 (62,5%) досліджених осіб рівень захворюваності на COVID-19 спричинили підвищення рівня тривожності. Проаналізувавши наявні основні та супутні клінічні симптоми і скарги пацієнтів після перенесеного COVID-19, дійшли висновку, що питома вага скарг належить посиленню (відновленню) больового феномену в ділянці обох СНЩС. Цей симптом відчували 11 (45,8%) пацієнтів.

Результати проведеного дослідження дали змогу визначити мішені психологічного впливу на пацієнтів із дисфункцією СНЩС після перенесеного COVID-19 та виробити тактику їх психологічного супроводу на всіх етапах лікування.

Література

1. Костюк Т.М. Особливості психологічного супроводу хворих на м'язово-суглобову дисфункцію скронево-нижньощелепного суглобу // Вісник Вінницького національного медичного університету, 2019. – № 4 (Е23). – С. 594–598.
2. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів) // НейроNews. 2020; 3 (114):26-36 с. URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/3_%28114_%29/pages-26-36/psihichne-zdorov-ya-v-peri-od-pandemiyi-covid-osoblivosti-psihologichnoyi-krizi-trivo-gi-strahu-ta-trivozhnih-rozladiv-#gsc.tab=0.
3. Madelynne A Arden , Joseph Chilcot. Health psychology and the coronavirus (COVID-19) global pandemic: A call for research // J Health Psychol, 2020, May; 25(2):231-232. Doi: 10.1111/bjhp.12414.Epub 2020 Mar 30.
4. S. K. Brook, R. K. Webster, L. E. Smith [et al.]. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence // The Lancet, 2020. – Vol. 395 (10227). – P. 912–920. DOI: 10.1016/S0140-6736 (20)30460-8.
5. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak: World Health Organization. March 2020. URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2

ОЦІНКА СТАНУ ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З ГЛЮТЕНАСОЦІЙОВАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Кустрьо Т.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Інститут післядипломної освіти, кафедра стоматології
м Київ, Україна

На сьогодні існує ціла група захворювань, пов'язаних з вживанням глютену. Залежно від клінічних, генетичних та інших особливостей патогенезу виділяють наступні групи глютенасоційованих захворювань: алергійні (алергія на пшеницю), аутоімунні (глютенова ентеропатія, глютенова атаксія тощо) та групу захворювань, за яких відсутній як алергійний, так і аутоімунний механізм розвитку (непереносимість глютену без целиакії) [1]. Згідно епідеміологічних досліджень останніх років генералізовані захворювання пародонта вражають близько 15.2% осіб віком 20–30 років, стрімко зростаючи до понад 75 % в групі пацієнтів 30–40 років [2]. Взаємозв'язок захворювань пародонта та супутніх соматичних патологій (особливо захворювання шлунково-кишкового тракту), доведений численними науковими дослідженнями. Згідно даних літератури у пацієнтів з целиакією та НГБЦ часто виявляють в порожнині рота множинні дефекти емалі, хронічний афтозний стоматит, хейліт, атрофічний глосит тощо [3]. Проте в літературі майже не описаний стан тканин пародонта у пацієнтів з глютенасоційованими захворюваннями.

Мета роботи: визначити структуру та особливості клінічних проявів захворювань пародонта на тлі целиакії або непереносимості глютену без целиакії.

Методи дослідження. В дослідження було включено 50 пацієнтів з наявними ураженнями пародонту на тлі глютенасоційованих захворювань віком від 18–50 р., які відповідали критеріям включення та виключення. Залежно від типу глютензалежних патологій пацієнтів було розподілено на дві досліджувані групи: I групу склали пацієнти з целиакією (n=25), II групу – пацієнти з непереносимістю глютену без целиакії (НГБЦ) (n=25). Систематизація захворювань пародонта здійснювалася за класифікацією Н.Ф. Данилевського. Клінічне обстеження пацієнтів виконувалося за загальноприйнятою методи-

кою. Для оцінки стану пародонта використовували: індекс Green–Vermillion, РМА, дослідження глибини пародонтальних кишень, визначення рухомості зубів. Для оцінки стану кісткової тканини щелеп пацієнтам було зроблено ортопантомографію (Planmeca), КоКТ верхньої та нижньої щелепи (Planmeca). Статистична обробка отриманих показників проводилася за допомогою критерію Мана Уїтні з використанням «IBM SPSS Statistics». Статистично достовірними вважалися значення, де $P \leq 0,05$.

Результати дослідження. Середній вік пацієнтів з целиакією склав $41,03 \pm 8,3$ роки, а пацієнтів з НГБЦ – $40,38 \pm 8,1$ роки. В ході дослідження виявлено, що у структурі захворювань пародонту серед пацієнтів з целиакією запальні захворювання діагностовано у 20% хворих, а дистрофічно-запальні у 80%. У пацієнтів з НГБЦ: запальні захворювання пародонту було діагностовано у 28%, а дистрофічно-запальні – у 72% пацієнтів. Серед дистрофічно-запальних захворювань пародонту у пацієнтів I досліджуваної групи переважав генералізований пародонтит (ГП) II ступеню, який було виявлено у 50% пацієнтів. У пацієнтів II досліджуваної групи ГП II ступеню було виявлено у 55%. Середнє значення індексу РМА в пацієнтів I групи склав 28.92%, II – 24.88% ($P \geq 0.05$). Середня глибина кишень пацієнтів з целиакією складала 3,25 мм, а пацієнтів з НГБЦ – 2,8 мм ($P \geq 0.05$). Під час визначення ступеня рухомості зубів в пацієнтів I та II груп було виявлено поодинокі випадки рухомості зубів I та II ступеня. При визначенні щільності кісткової тканини нижньої щелепи у пацієнтів I досліджуваної групи середній показник коливався в межах 1200–1300 HU. При дослідженні даного показника у пацієнтів II досліджуваної групи даний показник коливався в межах 1100–1250 HU, що згідно даних літератури відповідає генералізованому пародонтиту середнього ступеня тяжкості. При визначенні індексу Green–Vermillion у пацієнтів обох досліджуваних груп рівень гігієни визначався як хороший.

Висновки. При визначенні структури захворювань пародонту в обох досліджуваних групах превалювали генералізовані захворювання пародонту. Генералізовані ураження пародонту на тлі глютенасоційованих захворювань перебігають з вираженою типовою клінічною та рентгенологічною симптоматикою, проте звертає на себе увагу хороший стан гігієни порожнини рота. Достовірної різниці в клінічних проявах уражень пародонту I та II груп виявлено не було

($P \geq 0.05$). Враховуючи вищенаведене, можна припуститися думки, що в порожнині рота існують чинники, що впливають на прогресування уражень пародонту на тлі глютенасоційованих захворювань, і це потребує подальшого дослідження.

Література

1. Губская Е.Ю. Новое понимание спектра глютензависимых заболеваний. Сучасна гастроентерологія. 2014. № 1. с. 160–165.
2. Dye BA. Global periodontal disease epidemiology. Periodontology 2000. 2012 Feb;58(1):10–25.
3. Pastore L, Carroccio A, Compilato D, Panzarella V, Serpico R, Muzio LL. Oral Manifestations of Celiac Disease. Journal of Clinical Gastroenterology. 2008 Jan: 224–32.

ЗАСТОСУВАННЯ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Личман В. О.

**Українська медична стоматологічна академія, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною і реконструктивною хірургією голови та шиї
м. Полтава, Україна**

На сьогодні проблема патогенезу і раціонального лікування гнійно – запальних одонтогенних захворювань щелепно-лицевої ділянки є доволі актуальною серед медичних та соціальних проблем. Останніми роками кількість пацієнтів з одонтогенними запальними захворюваннями не зменшується, збільшується кількість ускладнень, що є небезпекою для життя [1, 2, 3].

Мета роботи: підвищення ефективності комплексного лікування пацієнтів з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої локалізації шляхом застосування кріоконсервованих клітин плаценти.

Матеріали і методи. Клінічні дослідження проводили на базі відділення щелепно-лицевої хірургії КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР». Проліковано 20 пацієнтів з одонтогенними гнійними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. На момент дослідження пацієнти не мали супутньої патології.

Усіх пацієнтів було розділено на 4 клінічні групи по 5 осіб у кожній:

- 1-а група – 5 пацієнтів, яким окрім стандартної терапії призначали внутрішньовенні ін'єкції кріоконсервованої плаценти;
- 2-а група – 5 пацієнтів, яким окрім стандартної терапії призначали місцеве введення кріоконсервованої плаценти з маззю Левомеколь;
- 3-а група – 5 пацієнтів, яким окрім стандартної терапії призначали внутрішньовенні ін'єкції кріоконсервованої плаценти в поєднанні з місцевим введенням кріоконсервованої плаценти з маззю Левомеколь;
- 4-а (контрольна) група – 5 пацієнтів, яким надавали медичну допомогу згідно зі стандартним протоколом.

Результати клінічних аналізували на 1, 3, 5-у і 7-у добу після оперативного втручання.

Оцінювання проводили за результатами клінічних змін:

- 1) кількість гнійного ексудату;
- 2) наявність грануляційної тканини;
- 3) епітелізація рани;

Результати дослідження. Варто зазначити, що у пацієнтів 1, 2-ї та 3-ї груп перші ознаки грануляції рани з частковою епітелізацією відзначали вже на 4–5-у добу після оперативного втручання, на відміну від пацієнтів контрольної групи, де часткова епітелізація рани відбувалася лише на 7-у добу.

Висновки. Комбінований вплив кріоконсервованої плаценти сприяє швидшому утворенню грануляційної тканини в гнійній рані та якнайшвидшій її епітелізації, що сприяє поліпшенню функціонального та косметичного результату.

Література

1. Бактеріальні показники абсцесів і флегмон щелепно-лицевої ділянки у хворих, які проживають в Полтавській області / Д. В. Стебловський, М. Г. Скікевич, Л. І. Волошина [та ін.] // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – Вип. 4. – Т. 1 (153). – С. 347–350.
2. Ву Вьет Куонг. Современный взгляд на этиологию и патогенез одонтогенных абсцесов и флегмон челюстно-лицевой области / Ву Вьет Куонг, Д.С. Аветиков, С.Б. Кравченко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 2. – Том 1. – С. 79–83.
3. Застосування антиоксидантів з вмістом міді хворим при лікуванні флегмон щелепно-лицевої локалізації / Д. С. Аветиков, В. В. Бондаренко, К. П. Локес, В. О. Личман // Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвячений 25-річчю створення НАМН України та 40-річчю відновлення дентальної імплантації в Україні, Київ, 11 травня 2018 р. – Київ, 2018. – С. 54–55.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ОЗОНУ НА ЖИТТЄЗДАТНІСТЬ ПРЕДСТАВНИКІВ МІКРОФЛОРИ ПОРОЖНИНИ РОТА

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

² Івано-Франківський національний медичний університет, науково-дослідна лабораторія мікробіологічних досліджень, м. Івано-Франківськ, Україна

¹ Ужгородський національний університет, кафедра стоматології ННІПО, кафедра мікробіології, кафедра ортопедичної стоматології, м. Ужгород, Україна

У разі тривалого контакту базиса зубного протеза із слизовою оболонкою протезного ложа (СОПЛ) спостерігають домінування стафілококів, β -гемолітичних стрептококів, окремих видів α -гемолітичних стрептококів (*S. gordonii*, *S. sanguinis*) та клітин грибів роду *Candida* і псевдоміцелію грибів *Candida* [1, 2, 3]. Ці мікроорганізми та продукти життєдіяльності їх і токсини впливають на запальні зміни в тканинах протезного ложа та атрофічні процеси в комірковому відростку і його частини [4, 5].

Синглетний кисень, що продукується в процесі процедури озонотерапії, чинить антисептичну, протизапальну, знеболювальну, імунomodуювальну дію, проявляє добру біосумісність з епітелієм порожнини рота, фібробластами та клітинами пародонта [6].

Мета дослідження: оцінити *in vitro* вплив озону на виживаність представників аеробної і факультативно-анаеробної мікрофлори порожнини рота.

Матеріали і методи. У дослідженні використано штами умовно-патогенних мікроорганізмів та α -гемолітичні стрептококи *Streptococcus oralis*, *S. gordonii*, *S. Sanguinis*. Мікробні культури виділено із СОПЛ пацієнтів з проявами протезного стоматиту та ідентифіковані на основі морфологічних, культуральних властивостей і біохімічних мікротестів за допомогою наборів «STAPHYtest 16», «STREPTOtest 16» (Lachema, Чехія) та VITEK 2 YST (biomerieux, Франція).

Генерацію озону здійснювали за допомогою приладу Ozone DTA (APOZA Enterprise Co., Ltd., Тайвань), який рекомендовано для клінічного застосування в стоматологічній практиці.

Посіви культивували впродовж 24 год у термостаті за температури 37 °C на кров'яний агар (для бактерій) або на середовище Сабуро (для грибів). Результати обробляли методом варіаційної статистики та двофакторного дисперсійного аналізу ANOVA (MS Excel 2003).

Результати дослідження. Встановлено пряму залежність рівня виживаності *S. aureus* у суспензії від потужності озоногенерації та часу експозиції з озоном. Різні види мікроорганізмів порожнини рота відрізняються між собою за чутливістю до озону. Порівняно вищою чутливістю до генерованого озону характеризуються культури *S. epidermidis*, β -гемолітичного *Streptococcus group G*, α -гемолітичних стрептококів *S. sanguinis* та *S. oralis*, дріжджоподібних грибів *Candida tropicalis*. Одержані експериментальні результати мікробіологічно обґрунтовують можливість і доцільність використання озонотерапії для запобігання виникненню і лікування протезного стоматиту. На основі виконаних експериментів встановлено оптимальний режим озонотерапії за допомогою приладу Ozone DTA для забезпечення протимікробного ефекту на рівні 98,8–100%.

Висновки. Озон дає виражений бактерицидний ефект стосовно представників аеробної і факультативно-анаеробної мікрофлори порожнини рота, які можуть бути потенційними етіологічними чинниками протезного стоматиту. Встановлено оптимальні режими потужності застосування озонотерапії за допомогою приладу Ozone DTA.

Література

1. Палійчук І.В. Вивчення стану місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини у динаміці в ранні строки лікування знімними пластинковими протезами пацієнтів, схильних і несхильних до протезних стоматитів // Современная стоматология. 2012;1(60):102-106.
2. Палійчук І.В. Динаміка показників стану місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини в пізні терміни лікування знімними пластинковими протезами пацієнтів схильних і несхильних до протезних стоматитів // Галицький лікарський вісник. 2012;19(1):51-55.
3. Палійчук В.І, Рожко М.М, Куцик Р.В. Адгезивна активність бактеріальної і грибкової флори ротової порожнини до базисних пластмас «Biocril-C» та «Фторакс» // Галицький лікарський вісник. 2011;18(4):52-55.
4. Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug S, et al. Evidence-based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures: A Publication of the American College of Prosthodontists // J Prosthodont. 2011 Feb;20 Suppl 1:S1-S12.
5. Pereira CA, Toledo BC, Santos CT, Pereira Costa ACB, Back-Brito GN, Kaminagakura E, Cardoso Jorge AO. Opportunistic Microorganisms in Individuals With Lesions of Denture Stomatitis // Diagn Microbiol Infect Dis. 2013 Aug;76(4):419-24. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2013.05.001.
6. Huth KC, Jakob FM, Saugel B, Cappello C, Paschos E, Hollweck R, et al. Effect of ozone on oral cells compared with established antimicrobials // Eur J Oral Sci. 2006 Oct;114(5):435-40. doi: 10.1111/j.1600-0722.2006.00390.x.

ПОРІВНЯННЯ ГЕМОГРАМ ХВОРИХ НА РАК ПОРОЖНИНИ РОТА В РАЗІ ВИКОРИСТАННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ І ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ

Лунгу В.І., Лунгу К.В.

Одеський національний медичний університет,
Одеський Міжнародний медичний університет,
кафедра хірургічної стоматології
м. Одеса, Україна

Одним з основних методів лікування хворих на рак порожнини рота залишається променева терапія як самостійний метод, а також у складі комбінованого та комплексного лікування [1, 2, 3, 4]. Сучасна променева терапія з використанням високоенергетичних джерел випромінювання та застосуванням значних за площею опромінюваних полів, крім високого клінічного ефекту, дає значне збільшення частоти ускладнень [5]. Променеве навантаження у хворих на рак порожнини рота перевищує адаптаційно-компенсаторні можливості організму [5, 6]. Променеві ушкодження часто утруднюють спостереження за станом пухлинного вогнища, гальмують результати лікування, погіршують загальний стан пацієнтів і призводять їх до інвалідності і врешті впливають на тривалість життя онкологічних хворих [7, 8]. Порівняльний аналіз гемограм у хворих на рак порожнини рота та визначення ступеня токсичності внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії свідчать про ефективність одночасного проведення хіміопроменевого етапу лікування у таких хворих.

Мета дослідження: аналіз показників загального аналізу крові задля визначення ступеня побічних ефектів від променевої терапії та токсичності внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії у хворих на рак порожнини рота.

Матеріали і методи. Вивчено і проведено порівняльну характеристику стану периферичної крові хворих із пізніми стадіями раку порожнини рота під час лікування з використанням селективної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії в самостійному режимі і в поєднанні з штучною регіонарною гіперглікемією. Селективна внутрішньо-артеріальна поліхіміотерапія в самостійному режимі і селективна внутрішньо-артеріальна поліхіміотерапія разом з внутріш-

ньо-артеріальною інфузією розчину глюкози згідно з розробленими схемами проведено у 75 хворих на рак порожнини рота (2-а група – 51 хворий, 3-я група – 24 хворих). Зміни показників периферичної крові було вивчено у 27 хворих 2-ї групи і 18 хворих 3-ї групи.

Результати дослідження. У хворих 1-ї групи (68 осіб), що на першому етапі лікування отримали тільки дистанційну променеву терапію (в сумарній дозі 60–70 Гр) спостерігали виражену анемію ($E=2,7\pm0,7 \times 10^{12}/л$), збільшення ШОЕ як наслідок негативного впливу застосованого методу на гемопоез. Для хворих на рак порожнини рота є характерним поступовий розвиток анемії зі зниженням рівня гемоглобіну, прискоренням ШОЕ, зменшенням кількості тромбоцитів, а також лейкоцитів порівняно з нормою. Проведення внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії в усіх досліджуваних хворих не мало високих проявів токсичності. Привертає увагу відсутність вірогідної зміни показників гемопоезу, хоча внаслідок лікування хворих 2-ї групи з використанням тільки внутрішньоартеріальної хіміотерапії відзначено наявність помірної анемії нормохромного характеру ($E=3,6\pm0,005 \times 10^{12}/л$, гемоглобін – $107,5 \pm 2,1$ г/л) на відміну від показників хворих з 1-ї групи. Незначні зміни на краще спостерігали у хворих 3-ї групи, у комплекс лікувальних заходів яких входила селективна внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія разом із внутрішньоартеріальною інфузією розчину глюкози.

Висновки. Суттєвої різниці в динаміці змін показників крові еритроцитів та гемоглобіну, лейкоцитів, ШОЕ, лімфоцитів не виявлено, проте тенденція до зростання цих показників наводить на думку про захисний вплив глюкози на систему гемопоезу. Потрібно зазначити, що відсоток побічних ефектів був значно нижчим у групі хворих з використанням селективної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії і внутрішньоартеріальної інфузії розчину глюкози.

Література

1. Шипилина Н.П. Профилактика и лечение лучевых реакций слизистой оболочки полости рта и глотки гидрогелевыми материалами с дерииватом: автореф. дисс. ... канд. мед. наук, 14.00.21, Москва, 2013. – 21с.
2. Ярцева А.А., Мороз Б.Т., Гребенюк А.Н. Эффективность моликсана как средства коррекции негативных проявлений химиолучевой терапии у больных раком орофарингеальной области // Радиационная биология. Радиоэкология. – 2014. – Т. 54, № 3. – С. 265–272.

3. Андреев В.Г., Панкратов В.А., Рожнов В.А. Сравнительная характеристика методик лечения больных раком гортани Т3N1-3M0 при проведении лучевого и комбинированного лечения. // Сибирский онкологический журнал, 2006. №1 (17). – С. 9–13.
4. Аветисов Г.М., Владимиров В.Г., Гончаров С.Ф., Легеза В.И., Селидовкин Г.Д. Синдромы острой лучевой болезни. Клинические проявления, профилактика и лечение. // М. ВЦМК «Защита». 2003.–244с.
5. Рябошапка А.М., Ковальов О.О. Підвищення ефективності променевої терапії пацієнтів з місцево-поширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота і ротоглотки за допомогою інтерферону $\alpha 2b$. // Запорожский медицинский журнал. – 2011. – т. 13, № 6. – С. 26–28.
6. Воробьев Ю.И., Гарбузов М.М., Ретинская И.И. Клиника, диагностика и принципы лучевого лечения рака слизистой оболочки щеки. // Стоматология. 2000. – N 1. – С.36–38.
7. Сокурено, В.П., Масленникова А.В., Балалаева И.В., Гладкова Н.Д. Прогнозирование степени тяжести мукозита слизистой оболочки полости рта методом оптической когерентной томографии // Вопросы онкологии. – 2009. – Т. 65 – № 5. – С. 572–579.
8. Bhatnagar P., Subesinghe M., Patel C. et al. (2013) Functional imaging for radiation treatment planning, response assessment, and adaptive therapy neck cancer. Radiographics, 33(7): 1909–1929.

МІКРОЯДРА ЕКСФОЛІАТИВНИХ КЛІТИН БУКАЛЬНОГО ЕПІТЕЛІУ ЯК МАРКЕР МУТАГЕННОГО ЕФЕКТУ ЦИТОСТАТИКІВ

Лунгу В.І., Лунгу К.В., Лунгу С.В.
Одеський Національний медичний університет,
Одеський міжнародний медичний університет
м. Одеса, Україна

Мікроядерний тест – єдиний метод, завдяки якому можна оцінювати цитогенетичний ефект досліджуваних чинників у інтерфазних клітинах. Ця особливість забезпечує значні переваги мікроядерного методу, тому що крім цитогенетичних ефектів впливу чинників дає змогу вести облік інших каріологічних змін, що характеризують проліферативну активність тканини та процеси загибелі клітин [1,2]. Автори дослідження виявили підвищення рівня мікроядер в ексфолюативних клітинах у 3,4 разу, що підтверджує результати досліджень А.К. Нерсесяна [3], J.V. Richard [4] і F.Sarto et al. [5], що їх вони проводили на малій кількості хворих. Ці ж дослідники провели паралельний аналіз кількості хромосомних аберацій і мікроядер у лімфоцитах і мікроядер в ексфолюативних клітинах хворих після проведення хіміотерапії. Встановлено, що між трьома цими параметрами спостерігається високий ступінь кореляції [1, 2, 3].

Мета дослідження: вивчення змін кількості мікроядер в ексфоліативних клітинах слизової оболонки порожнини рота як маркера blastomogenного впливу хіміопрепаратів на неуразжені тканини.

Матеріали і методи. Цитологічне дослідження слизової оболонки проводили за допомогою мазків-відбитків. Хворих на рак порожнини рота, котрі на першому етапі комплексного лікування отримували внутрішньо-артеріальну поліхіміотерапію, поділили на дві групи. Серед хворих було 16 чоловіків і 6 жінок. Дослідження проводили у 13 хворих 1-ї групи і у 9 – 2-ї. Діагноз плоскоклітинного раку встановлено в усіх хворих до лікування. Хворі обох груп за основними прогностичними ознаками істотно не відрізнялися. Відбір матеріалу здійснювали двічі: перший раз – до будь-якого лікування, другий раз – через добу після закінчення повного курсу селективної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії, використаної в самостійному режимі (1-а група), або селективної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії на тлі внутрішньоартеріальної інфузії розчину глюкози (2-а група). Для цього методу характерна простота відбору клітин та приготування препаратів, чим вигідно відрізняється від надто болісного методу відбору проб кісткового мозку і надзвичайно трудомісткого методу приготування препаратів із лімфоцитів. Окрім цього, аналіз препарату, виготованого з ексфоліативних клітин (500 клітин), триває залежно від якості препаратів упродовж 30–40 хв, чим він вигідно відрізняється від хромосомного аналізу в лімфоцитах та аналізу мікроядер у ретикулоцитах.

Результати дослідження. Середня кількість мікроядер в ексфоліативних клітинах у хворих обох досліджуваних груп до лікування хіміопрепаратами становила $0,181 \pm 0,07-1\%$ (у чоловіків $0,180 \pm 0,066\%$, у жінок – $0,182 \pm 0,076\%$) (табл.), тобто майже не відрізнялася від цього показника у здорових осіб. Після закінчення курсу селективної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії в самостійному режимі (1-а група) середній рівень мікроядер у хворих становив $1,161 \pm 0,071\%$ ($1,140 \pm 0,074\%$ у чоловіків та $1,183 \pm 0,068\%$ у жінок).

Кількість ексфоліативних клітин з мікроядрами у хворих після лікування вірогідно збільшилася в 6,3 разу порівняно з хворими до лікування ($p < 0,02$). При цьому в чоловіків цей показник збільшився у 6,2 разу ($p < 0,02$), у жінок – в 6,5 разу ($p < 0,01$). Викликають зацікавлення отримані результати у хворих 2-ї групи, яких лікували за допомогою

Таблиця
Порівняння кількості клітин з мікроядрами в порожнині рота до та після поліхіміотерапії

| Групи | Кількість клітин з мікроядрами до лікування | | | | Кількість клітин з мікроядрами після лікування | | | | Співвідношення клітин до і після лікування |
|-----------|---|---------------|------------|---------------|--|---------------|------------|---------------|--|
| | чоловіки | | жінки | | чоловіки | | жінки | | |
| | абс. число | % | абс. число | % | абс. число | % | абс. число | % | |
| 1-а група | 5 | 0,180 ± 0,071 | 7 | 0,182 ± 0,076 | 31 | 1,140 ± 0,074 | 45 | 1,183 ± 0,068 | 0,181±0,074 1,161±0,071 |
| 2-а група | 5 | 0,179 ± 0,066 | 4 | 0,183 ± 0,067 | 11 | 0,393 ± 0,065 | 10 | 0,457 ± 0,065 | 0,181±0,066 0,425±0,065 |

Примітка:

різниця вірогідна у хворих 1-ї групи $p < 0,02$; у хворих 2-ї – $p < 0,01$.

селективної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії і внутрішньо-артеріальної інфузії розчину глюкози. Збільшення кількості ексфоліативних клітин з мікроядрами після курсу внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії разом зі штучною регіонарною гіперглікемією всього у 2,3 разу порівняно з хворими 2-ї групи ймовірно пов'язано з протекторною дією глюкози. У чоловіків кількість ексфоліативних клітин з мікроядрами збільшилася всього у 2,2 разу, у жінок – у 2,5 разу.

Висновки. Аналіз кількості мікроядер в ексфоліативних клітинах слизової оболонки порожнини рота є прогностично важливим методом для вивчення бластомогенності хімічних агентів *in vivo* і відрізняється від інших методів швидкістю аналізу препаратів та простотою відбору проб. Через добу після закінчення одного курсу лікування хіміопрепаратами кількість мікроядер збільшується в 6,3 разу. Отримані результати свідчать про генопротекторну дію глюкози з одночасним використанням із хіміопрепаратами (кількість клітин з мікроядрами збільшилася всього у 2,3 разу).

Література

1. Горовая А.И. Использование цитогенетического тестирования для оценки экологической ситуации и эффективности оздоровления детей и взрослых природными адаптогенами / А.И. Горовая, И.И. Климкина // Цитология и генетика, 2002. – Т.36, № 5. – С. 21 – 25.
2. Калаев В.Н. Микроядерный тест буккального эпителия ротовой полости человека: проблемы, достижения, перспективы / В.Н.Калаев, В.Г.Артюхов, М.С.Нечаева // Цитология и генетика, 2014. – Т.48. – №6. – С.62 – 80.
3. Нерсисян А.К., Зильфян В.Н., Кумкумаджян В.А. Анализ микроядер в слизистой оболочке ротовой полости онкологических больных для оценки кластогенного эффекта химиопрепаратов. //Цитология и генетика.М., 2003, –Т.1, №1. – С.77–80
4. Richard J.M., Kramor A., Molinari R. Randomised EORTC head and neck, cooperative group trial of preoperative intra-arterial chemotherapy in oral cavity and oropharings carcinoma // Eur. J. Cancer, 2009. – Vol.27. – №7. – P.812–827.
5. Sarto F., Tomanin R., Giacomelli L. et al. Evaluation of chromosomal aberration in lymphocytes and micronuclei in lymphocytes, oral mucosa and hair root cells of patients under antituberculous therapy // Mutat. Reg., 1990. – №2. – P. 157–169.

ПІДВИЩЕННЯ ПРОТИПУХЛИННОГО ЕФЕКТУ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ ПОРОЖНИНИ РОТА

Лунгу В.І., Лунгу К.В., Лунгу С.В.

Одеський Національний медичний університет,
Одеський Міжнародний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Гіперглікемія, заснована на зниженні рН пухлинної тканини, зайняла вагоме місце серед методів посилення променевої терапії та хіміотерапії [1]. У науковій літературі за останні 10 років наводяться роботи з використання внутрішньо-артеріальної інфузії глюкози в клінічній практиці при хіміорадіотерапії злоякісних пухлин різних локалізацій [2, 3, 4]. Дотепер дискутується необхідність і ефективність хіміотерапії при лікуванні раку порожнини рота. Існують злоякісні пухлини з низькою чутливістю до хіміотерапії. Подолати хіміорезистентність гіпоксичних пухлинних клітин можливо якщо «наситити» їх глюкозою [5]. Характерною рисою метаболізму клітин злоякісної пухлини є їхня висока потенційна здатність до анаеробного гліколізу – утилізації глюкози при відсутності кисню з утворенням лактату [5, 6]. Ракова пухлина, згідно ефекту Кребтрі, функціонує в організмі як «пастка» глюкози. Ракові клітини споживають глюкозу зі швидкістю незрівнянно вищою, ніж та, з якою вона надходить до пухлини [6, 7].

Мета дослідження: вивчення зміни вмісту лактату пухлинної тканини до і після створення режиму регіонарної гіперглікемії.

Матеріали і методи. Основу дослідження склав біопсійний матеріал (24 ділянки пухлинної тканини) від 8 хворих на плоскоклітинний рак слизової оболонки дна порожнини рота різного ступеня диференціювання. Серед усіх пацієнтів було 6 чоловіків і 1 жінка віком від 45 до 69 років. У кожного з хворих шляхом інцизійної біопсії тричі проводився відбір матеріалу. Перший раз відбір ділянки пухлинної тканини виконували до початку лікування, другий раз – відразу після закінчення інфузії глюкози, третій – через 1 годину після закінчення інфузії. Стан штучної регіонарної гіперглікемії створювали шляхом внутрішньо-артеріального введення 10 мл 20% розчину глюкози. Час інфузії 2–4 хв (враховувалася індивідуальна больова чутливість). Для отримання об'єктивних результатів на клінічному етапі дослідження дотримувалися двох умов:

- розміри відсіченої ділянки пухлини повинні бути не менше 7–10 мм в діаметрі, тоді їхня вага становила 15–25 мг;
- відсічену пухлинну тканину негайно занурювали в посуд з рідким азотом (-196°C), оскільки концентрація лактату в тканини поза організмом під впливом умов навколишнього середовища швидко знижується.

Вміст лактату в пухлині визначали загальноновизнаним ферментативним методом – лактатдегідрогеназним. Лабораторним методом у всіх хворих двічі досліджувалася концентрація глюкози в периферичній крові (так званий «цукор крові») до і через 1 годину після інфузії розчину глюкози.

Результати дослідження. Виділення пухлиною лактату призводить до «підкислення», тобто зниження рН всередині і навколо клітин. Лактат є як показником метаболізму глюкози пухлиною, так і критерієм підвищення хіміочутливості пухлинних клітин, про що свідчать дані таблиці.

Таблиця. Вміст лактату в раковій пухлині порожнини рота при регіонарній гіперглікемії

| Показник | До інфузії | Відразу після інфузії | Через годину після інфузії |
|---------------|---------------|-----------------------|----------------------------|
| вміст лактату | $6,6 \pm 0,7$ | $6,9 \pm 0,8$ | $47,9 \pm 7,4^*$ |

Примітка: * $P < 0,01$ порівняно з показниками до і відразу після інфузії.

Було встановлено, що через 1 годину після закінчення інфузії глюкози, тобто створення регіонарної гіперглікемії, в басейні васкуляризації ракової пухлини вміст лактату в пухлинній тканині збільшувався в 6–7 разів ($47,9 \pm 7,4$ мікрограм тканини порівняно з $6,6 \pm 0,7$ мікрограм перед інфузією). Це вказує на істотне підкислення пухлинної тканини під впливом глюкози. Слід зазначити, що при нашому методі інфузії глюкози ступінь підкислення пухлини вище, ніж за даними тих дослідників, які застосовували такий само режим інфузії розчину глюкози тієї ж концентрації в язикову артерію, але без попередньої перев'язки лицевих вен [5]. Іншими словами, нами отримано пряме підтвердження того, що без перев'язки вен, що відводять кров від зони розташування пухлини, не можна розраховувати на скільки-небудь тривалий контакт внутрішньоартеріально введеного препарату з пухлинною тканиною. Дуже важливо, що загальна глікемія у цих хворих суттєво не змінювалася (від 7 до 9 мМ), що підтверджено дослідженням рівня глюкози в периферичній крові до і після внутрішньо-артеріальної інфузії глюкози.

Висновки. Вміст лактату в пухлинній тканині збільшувався в 6–7 разів через одну годину після інфузії розчину глюкози, що вказує на істотне підкислення пухлинної тканини, яке здатне модифікувати дію протипухлинних препаратів.

Література

1. Жаврид Э.А., Осинский С.П., Фрадкин С.З. Гипертермия и гипергликемия в онкологии. Наук. думка, Киев –1987.– 256 с.
2. Галахин К.А., Процык В.С., Лунгу В.И. Патоморфоз карциномы языка при внутриартериальной регионарной гипергликемии и полихимиотерапии // Укр. хіміотерапевтичний жур. – 2000. – № 3 – 54–56 С.
3. Галахин К.А., Курик Е.Г. Лечебный патоморфоз злокачественных опухолей пищеварительного тракта. Книга-плюс, Киев – 2000, 175 с.
4. Галахин К.А., Ндемени Ш.Н. Сравнительная оценка патоморфоза рака языка при различных видах его лечения. Респ. межведом. сб. «Клин. онкология». Киев –1992, 14–17 С.
5. Шиманская Р.Б., Процык В.С. Повышение эффективности комбинированного лечения распространенного рака полости рта при использовании локальной гипертермии и гипергликемии. Матер. конф. «Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных опухолей головы и шеи». Москва, 28 – 30 С.
6. Ярмоненко С. П. Радиобиология человека и животных // М.: 1988.—С. 352–397.
7. Шапот В.С., Шелепов В.П. О взаимосвязи и пусковых механизмах расстройств в опухолевом организме // Архив патологии. – 1983.—№ 8. – 16–24 С.

ОБГРУНТУВАННЯ ПОШУКУ НОВИХ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ МУКОЗИТІВ У ХВОРИХ НА РАК ПОРОЖНИНИ РОТА У РАЗІ ВИКОРИСТАННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

Лунгу К.В.

Одеський національний медичний університет,
кафедра хірургічної стоматології
м. Одеса, Україна

Променеві мукозити – доволі поширене і важке з клінічної точки зору ускладнення променевої терапії, що виникає у процесі лікування злоякісних пухлин альвеолярного відростка, нижньої губи, язика, дна порожнини рота. У зв'язку з розширенням обсягу комплексної терапії при злоякісних пухлинах протягом останніх років кількість таких уражень неухильно збільшується [1–3]. Одним із основних методів лікування хворих на рак порожнини рота залишається променева терапія як самостійний метод, а також у поєднанні комбінованого та комплексного лікування [4–6]. Останніми десятиріччями традиційна променева терапія зазнала змін. Використання сучасної радіологічної апаратури призвело до зменшення розсіяного опромінення здорових тканин і дало змогу підвести більшу дозу опромінення до пухлинного вогнища, збільшити сумарну вогнищеву дозу до 70 Гр [7, 8]. У 2018 році в Україні захворюваність на рак порожнини рота становила 5,2 випадка на 100 тис. населення. Спеціальним лікуванням було охоплено 84,2% хворих, із них тільки за допомогою променевого методу – 75%, комбіноване або комплексне лікування отримали 14,2% пацієнтів [9]. Складність лікування цієї патології полягає в тому, що радіочутливість пухлин ротової порожнини відносно невисока, що потребує підведення великих доз опромінення, які, втім, перевищують толерантність прилеглих нормальних тканин [10]. Це спричинює променеві реакції, ускладнення та ушкодження прилеглих до пухлинного вогнища тканин [11]. Менша кількість променевих ускладнень дозволяє відмовитися від перерви у процесі проведення променевої терапії за розщепленою методикою на користь безперервного опромінення та навіть застосовувати два сеанси опромінення протягом доби [12]. Сучасна променева терапія з використанням високоенергетичних джерел випромінювання та застосуванням значних за пло-

щею опромінюваних полів, окрім високого клінічного ефекту, значно збільшує частоту ускладнень [12–14]. Нерідко променеве навантаження, особливо у хворих з ендоефітно розташованими пухлинами порожнини рота, перевищує адаптаційно-компенсаторні можливості організму [15–17]. Променеві ушкодження характеризуються тривалим прогресивним або рецидивним перебігом, невіддатливістю до лікування, септичними, алергічними та іншими важкими ускладненнями [18, 19]. Досі вивченню клінічного перебігу та особливостей лікування променевих ушкоджень органів порожнини рота не приділялося достатньої уваги. Вони часто утруднюють спостереження за станом пухлинного вогнища, гальмують результати лікування, погіршують загальний стан пацієнтів і призводять до інвалідизації і, в підсумку, впливають на тривалість життя онкологічних хворих [20–22].

Потрібно зазначити, що роботи, присвячені проблемам виникнення, перебігу, лікування та профілактики променевих уражень тканин порожнини рота, є поодинокими і подаються переважно променевими терапевтами. Серед променевих уражень у хворих на рак порожнини рота найчастішим є радіоепітеліт (16–90%) без або в поєднанні з радіодерматитом [23–25]. Розроблені класифікації місцевих променевих реакцій та ушкоджень стосуються головним чином інших органів і систем організму [26, 27]. Зважаючи на це, доцільно розробити класифікацію гострих місцевих променевих реакцій та уражень органів порожнини рота. Серед актуальних та досі важковирішуваних проблем в онкологічній практиці суттєве місце посідає диференціальна діагностика між такими формами гострих місцевих променевих ушкоджень, як набряк, фіброз, а також між променевою виразкою та некротизованою пухлиною [28, 29]. Щоб запобігати гострим місцевим променевим реакціям та ускладненням потрібно провести докладний аналіз провокативних чинників, які спричиняють променеві ураження органів порожнини рота [30]. Не останніми в профілактиці та лікуванні місцевих променевих уражень є медикаментозні засоби, які коригують відновлення тканин, що не уражені пухлинним процесом [31, 32]. Від початку лікування на ортовольтних установках з'ясовано, що ерадикація пухлин можлива, проте, як наслідок такого лікування, виникають гострі та пізні ускладнення [33]. Навіть після застосування глибокопроникної телетерапії (Cobalt-60), лінійних прискорювачів і двовимірною планування лікування терапевтична ефективність

методу була не найвищою [34, 35]. Поєднання з бустом брахітерапії оптимізувало розподіл дози між пухлиною та прилеглими нормальними тканинами. Однак такий підхід все одно не був придатним при більшості пухлин голови та шиї через анатомічні, медичні та технічні чинники [36–39].

За даними Коробко Є.В., Процика В.С. (2015), розвиток променевих мукозитів можливий як безпосередньо, так і у віддалений період після променевої терапії. Лікування спричинює значні труднощі і здебільшого дає малий ефект [40].

Висновки. Викладене вище свідчить про актуальність проблеми та необхідність подальшого вивчення провокативних чинників, патогенезу, клінічних проявів і клінічної діагностики, а також розробки доступних та ефективних методів профілактики та лікування цієї найбільш поширеної форми променевих ушкоджень щелеп та порожнини рота.

Література

1. Алиева С. Б. и др. Продолжительность химиолучевой терапии и эффективность лечения местно-распространенного плоскоклеточного рака глотки. // Терапевт, 2013. – № 4. – С. 59–64.
2. Пачес А.И., Пустынский И.Н., Демидов Л.В. Опухоли головы и шеи. – М.: Практическая медицина, 2013. – 480 с.
3. Чернов В. М. Анемия у пациентов с онкологическими заболеваниями: современные возможности лечения (обзор литературы) / В. М. Чернов В. В. Птушкин //Онкогематология, 2013. – №2. – С. 61–69.
4. Feller L., Lemmer J. Oral squamous cell carcinoma: epidemiology, clinical presentation and treatment // J. Cancer Ther., 2012. – 3: 263–268.
5. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Михайлович Ю.Й. та ін.; за ред. докт. мед. наук О.О. Колеснік. Рак в Україні, 2016–2017. Бюл. Нац. канцер-реєстру України, № 16, Київ, 2018. – 106 с.
6. Шишкин Д.А., Чойнзонов Е.Л., Гарбуков Е.Ю. и др. (2011) Комбинированное лечение рака полости рта и ротоглотки / IV Международный конгресс «Опухоли головы и шеи» Байкал, 2011: 32.
7. Любаев В. Л., Бржезовский В. Ж. (2010) Современная стратегия лечения местно-распространенного рака слизистой оболочки полости рта. Сиб. онкол. журн., 3 (39): 68–9.
8. Bernier J., Cooper J.S., Pajak T.F. et al. (2005) Defining risk levels in locally advanced head and neck cancers: a comparative analysis of concurrent postoperative radiation plus chemotherapy trials of the EORTC (# 22931) and RTOG (# 9501). Head Neck, 27: 843–850.
9. Chen P.Y., Chen H.H., Hsiao J.R. et al. (2012) Intensity-modulated radiotherapy improves outcomes in postoperative patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity. Oral Oncol., 48: 747–752.

10. Панкратов В. А. (2010) Химиолучевая терапия с использованием средств физической радиомодификации в лечении больных местно-распространенным раком гортани. Дис.... докт. мед. наук, Обнинск, 216 с.
11. Salama J.K., Seiwert T.Y., Vokes E.E. (2007) Chemoradiotherapy for locally advanced head and neck cancer. *J. Clin. Oncol.*, 26: 4118–4126.
12. Pignon J.P., leMaitre A., Maillard E. (2009) Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): an update on 93 randomised trials and 17,346 patients. *Radiother. Oncol.*, 92 (1): 4–14.
13. Алиева С.Б. (2008) Химиолучевая терапия больных с местно-распространенным плоскоклеточным раком головы и шеи. // Практическая онкология, 9 (1): 27–30.
14. Cohen E.E., Baru J., Huo D. et al. (2009) Efficacy and safety of treating T4 oral cavity tumors with primary chemoradiotherapy. *Head Neck*, 31: 1013–1021.
15. Argiris A., Karamouzis M.V., Raben D. (2008) Head and neck cancer. *Lancet*, 371 (9625): 1695–1709.
16. Вихлянов И. В. (2005) Оптимизация комплексного лечения плоскоклеточного рака полости рта и ротового отдела глотки. Дис.... докт. мед. наук, Барнаул, 288 с.
17. Huang T.Y., Hsu L.P., Wen Y.H. et al. (2010) Predictors of locoregional recurrence in early stage oral cavity cancer with free surgical margins. *Oral Oncol.*, 46: 49–55.
18. Bornmann L., Hedrich K. (2014) Drug interactions in the therapy of malignant tumors 7th edition. *Baxter Oncology GmbH*, 470 p.
19. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих (2008). *Онкологія*, 10 (№1 до-даток): 80 с.
20. Liedert B., Pluim D., Schellens J. et al. (2006) Adduct-specific monoclonal antibodies for the measurement of cisplatin-induced DNA lesions in individual cell nuclei. *Nucleic Acids Res.*, 34(6): 47.
21. Marteijn J.A., Lans H., Vermeulen W. et al. (2014) Understanding nucleotide excision repair and its roles in cancer and ageing. *Nat. Rev. Mol. Cell Biol.*, 15: 465–481.
22. Cullen K.J., Yang Z., Schumaker L. et al. (2007) Mitochondria as a critical target of the chemotherapeutic agent cisplatin in head and neck cancer. *J. Bioener. Biomemb.*, 39: 43–50.
23. Noordhuis P., Holwerda U. (2004) 5-Fluorouracil incorporation into RNA and DNA in relation to thymidylate synthetase inhibition human colorectal cancer. *Ann. Oncol.*, 15: 1025–1032.
24. Galluzzi L., Senovilla L., Vitale I. et al. (2011) Molecular mechanisms of cisplatin resistance. *Oncogene*, 1: 1–15.
25. Vermorken J.B., Remenar E., van Herpen C. et al. (2007) Cisplatin, fluorouracil, and docetaxel in unresectable head and neck cancer. *New Engl. J. Medicine*, 357: 1695–1704.
26. Posner M.R., Herschock D.M., Blajman C.R. et al. (2007) Cisplatin and fluorouracil alone or with docetaxel in head and neck cancer. *New Engl. J. Med.*, 357: 1705–15.
27. Klug C., Berzaczy D., Voracek M. et al. (2009) Preoperative radiochemotherapy in the treatment of advanced oral cancer: outcome of 276 patients. *J. Craniomaxillofac. Surg.*, 37(6): 344–347.
28. Kies M.S., Boatright D.H., Li G. et al. (2012) Phase II trial of induction chemotherapy followed by surgery for squamous cell carcinoma of the oral tongue in young adults. *Head Neck*, 34(9): 1255–1262.
29. Сикорский Д.В., Подвязников С.О. (2015) Изучение качества жизни в лечении местно-распространенного и рецидивного орофарингеального рака. Современное состояние проблемы. *Опухоли головы и шеи*, 2: 35–38.

30. Рябошапка А. М., Ковальов О. О. (2013) Дослідження якості життя пацієнтів з місцево-поширеними карциномами порожнини рота, асоційованими з вірусом папіломи людини. Сучасні медичні технології, 1: 65–71.
31. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2015. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015.
31. Shang Z.J., Li Z.B., Li J.R. (2006) VEGF is upregulated by hypoxic stimulation and related to tumour angiogenesis and severity of disease in oral squamous cell carcinoma: in vitro and in vivo studies. Int. J. Oral. Maxillofac. Surg., 35(6): 533–538.
32. Кутукова С.И., Манихас Г.М., Яременко А.И. и др. (2014) Прогностическая роль лабораторных и иммуногистохимических маркеров в рецидивировании плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта. Опухоли головы и шеи, 3: 47–50.
33. Игнатова А.В., Мудунов А.М., Нариманов М.Н. (2014) Прогностическое значение биомаркеров при плоскоклеточном раке полости рта. Обзор литературы. Опухоли головы и шеи, 4: 28–33.
34. Яковлева Л.П., Кропотов М.А., Матякин Е.Г. и др. (2010) Анализ прогностических факторов и выбор тактики лечения при раке слизистой оболочки полости рта. // Сиб. онкол. журн., 3 (39): 83–85.
35. Яргин С.В. (2010) Обзор книги D.J. Dabbs (2010) Diagnostic immunohistochemistry, 3rd edition, Elsevier. // Укр. мед. часопис, 4 (9): 96–98.
36. Имянитов Е.Н., Моисеенко В.М. (2008) Применение молекулярно-генетического анализа для выбора противоопухолевой терапии. // Вопр. онкол., 2: 121–132.
37. Dorsey K., Agulnik M. (2013) Promising new molecular targeted therapies in head and neck cancer. Drugs, 73 (4): 315–25.
38. Романов И.С. (2015) Перспективы использования цетуксимаба в лечении плоскоклеточного рака головы и шеи. Здоров'я України (<http://health-ua.com/article/3016.html>).
40. Комбіноване лікування хворих на рак слизової оболонки ротової порожнини: сучасний стан проблеми (огляд літератури та результати власних досліджень) . Коробко Е.В. Процик В.С. // Укр. мед. часопис, №3(19) 2015– С. 59–64.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН, ВУЗЛОВИХ ШВІВ, ВНУТРІШНЬОШКІРНОГО ШВА ТА ШКІРНОГО КЛЕЮ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Маланчук В.О., Жураковська Г.В., Савосько С.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Київ, Україна

Механічне пошкодження шкіри – неминучий наслідок будь-яких оперативних втручань. У відповідь на травму розпочинаються складні процеси репаративного відновлення форми та функції шкіри, внаслідок чого формується рубцева тканина.

Основна роль у процесах загоєння ран належить сполучній тканині, клітини якої мають надзвичайно живу реактивність. Відновні процеси відбуваються завдяки розростанню сполучної тканини, клітини якої розпочинають свій ріст назустріч одна одній та скріплюють краї рани своїми волокнами, які своєю чергою стають більш міцними і формують щільний рубець.

Значний вплив на загоєння рани та формування рубцевої тканини мають такі чинники, як спадковість, стан імунної системи, вік пацієнта, супутні захворювання та багато інших. Також дуже важливими є такі інтраопераційні методи впливу на загоєння рани, як спосіб закриття рани, дренажування, гемостаз, хірургічна обробка рани, вплив на ранову інфекцію тощо.

Мета дослідження: вивчити та порівняти гістологічну будову рубців шкіри при деяких варіантах закриття післяопераційної рани на ранньому післяопераційному етапі в експериментальному дослідженні.

Матеріали і методи. Використано 60 сертифікованих лабораторних щурів лінії Wistar, яких було розподілено на 5 груп: одну – контрольну та чотири – експериментальні. У кожній групі було по 12 тварин. У тварин 1-ї групи закриття ран проводили шляхом зашиванням її вузловими швами поліамідом 4,0. У тварин 2-ї групи рани зашивали внутрішньошкірним швом поліамідом 4,0. У тварин 3-ї групи краї рани склеювали шкірним клеєм «Дермабонд». У тварин 4-ї групи рани закривали шляхом зварювання м'яких тканин електрокоагулятором ПАТОНМЕД ЕКВ3-300. Тварин виводили з експерименту на 7-у та 14-у добу шляхом передозування інгаляційного наркозу.

Результати дослідження. У тварин контрольної групи розподіл колагенових волокон у дермі був рівномірним, дифузним, орієнтація різного спрямування з наявністю міжклітинного простору.

У тварин дослідних груп із різними способами відтворення шва виявлено колаген у перифокальній ділянці і меншою мірою в грануляційній тканині. Під час візуального аналізу щільність колагену в перифокальних ділянках і товщина колагенових волокон зменшені, хоча в деяких ділянках тонкі волокна доволі щільно орієнтовані радіально від грануляційної тканини. Гістохімічне забарвлення дало змогу чітко візуалізувати колагенові волокна в усіх досліджуваних зразках.

Результати, отримані під час морфометричного вимірювання позитивно забарвлених ділянок на рівні шва, показали схожу чутливість реакції та відносну щільність виявлення колагенових волокон, що добре відрізняло від неколагенових структур по всій товщині шкіри (епідерміс, похідні шкіри – волосяні фолікули, сальні залози). Колагеногенез спостерігали в основному по контуру ділянки грануляційної тканини, яка своєю чергою є похідною проліферуючою клітинною масою епідерміса і частково дерми.

У тварин 1-ї і 2-ї груп на 7-у добу після пошкодження і накладання шва щільність колагену була меншою на $9,0 \pm 2,5 \%$ і $11,1 \pm 3,0 \%$ відповідно ($P < 0,05$). У тварин 3-ї і 4-ї груп статистично значущої різниці з тваринами контрольної групи не виявлено. На 14-у добу в усіх групах порівняння показник не відрізнявся від контролю. Показники у дослідних групах були в межах статистичної похибки, тобто міжгрупові відмінності можна оцінювати лише як тенденцію до швидшого загоєння у тварин 3-ї і 4-ї груп.

Висновки. На основі результатів гістологічних та гістохімічних досліджень можна зробити висновок про рівноцінну ефективність порівнюваних способів шва шкіри під час загоєння ранового дефекту з тенденцією до швидшого розвитку сполучної тканини дерми в групах тварин, у яких використовували електрозварювання та шкірний клей.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РЕТЕНЦІЇ ВЕРХНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ

Мартинець М.Я., Олійник А.Г., Угляр І.М., Палій А.В., Лука М.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра хірургічної та ортопедичної стоматології ФПДО
м. Львів, Україна

Дані наукової літератури зі стоматології стверджують, що пошук способів удосконалення лікування ретенції зубів вчені ведуть не одне десятиріччя, оскільки результати лікування не завжди задовольняють клініцистів. Питанню хірургічного лікування різновидів ретенції зубів та ускладнень присвячено низку наукових праць. Незважаючи на те, що операція видалення зуба давня, але є складною, травматичною і під час та після видалення часто виникають такі ускладнення,

як альвеоліт, остеомієліт, неврит нижньоальвеолярного нерва, ушкодження язикового нерва, перелом горба верхньої щелепи, проштовхування зуба у верхньощелепну пазуху чи крилопіднебінну ямку, інколи розвиток підшкірної емфіземи [1–3].

Мета дослідження: удосконалити спосіб видалення імпактних третіх молярів верхньої щелепи, які займають медіально-косе положення.

Матеріали і методи. Проведено видалення 24 імпактних верхніх третіх молярів у 18 пацієнтів віком 19–54 роки, у яких виявлено «симптом імпактного зуба» (біль у молярах, спричинений імпактним зубом), що стало показанням до їх видалення.

Результати дослідження. Атипове видалення імпактного третього моляра верхньої щелепи (патент України № 65240 від 25.11.2011р.) проводили у такий спосіб. Під місцевим провідниковим знеболенням у напівгоризонтальному положенні пацієнта за допомогою асистента відводили щоку гачком Фарабефа, проводили розріз трикутної форми у ретромолярній ділянці та за горбом верхньої щелепи і частково (1–1,5 см) по крилощелепній складці. Відшаровували слизово-окісний клапоть у бік щоки, видаляли кістку, що вкривала коронку імпактного зуба, проводили сегментарну коронотомію імпактного третього моляра верхньої щелепи. Видаляли сегмент коронки, що впирався в другий моляр. Далі за допомогою елеватора видаляли зуб. Кісткову рану очищали від ошурків, виповнювали кальцій-фосфатним біоматеріалом, укладали на місце слизово-окісний клапоть і накладали вузлові шви.

Висновки. Перевагою такого способу видалення імпактного третього моляра верхньої щелепи є створення відкритого доступу до зуба, забезпечення умов для сегментарної коронотомії, щоб полегшити видалення зуба елеватором, що є профілактикою перелому горба верхньої щелепи та вивиху другого моляра.

Література

1. Rusu M.C., Nimigean V., Sirbu I., Săndulescu M., Ciuluvică R.C., Vasilescu A.R. The anatomy of a horizontally impacted maxillary wisdom tooth // *Folia Morphologica*, 2008; 67(2):154–6;
2. Romeo U., Galanakis A., Lerario F. [et al.] Subcutaneous Emphysema During Third Molar Surgery: A Case Report. *Braz Dent J.* 2011; 22(1): 83–86.
3. Lim A.A., Wong C.W., Allen J.C. Jr. Maxillary third molar: patterns of impaction and their relation to oroantral perforation // *J Oral Maxillofac Surg.*, 2012, May; 70(5):1035.

МЕТОД ЛІКУВАННЯ ДЕСКВАМАТИВНОГО ГЛОСИТУ НА ТЛІ ХВОРОБ ТРАВНОГО ТРАКТУ

Марченко А.В.¹, Дев'яткіна Т.О.², Литовченко І.Ю.¹, Розколупа Н.В.¹, Іленко Н.М.¹,
Ніколішина Е.В.¹, Чечотіна С.Ю.²

Українська медична стоматологічна академія,
¹ кафедра терапевтичної стоматології,
² кафедра експериментальної та клінічної фармакології
з клінічною імунологією та алергологією
м. Полтава, Україна

Ефективність лікування десквамативного глоситу на тлі хвороб травного тракту є важливою і не повністю вирішеною проблемою терапевтичної стоматології. Це залежить від значної поширеності захворювань травного тракту, складнощів діагностики та мотивування пацієнтів до проведення повного курсу комплексної терапії.

Вогнищеве злучення епітелію спинки язика відбувається під дією різноманітних місцевих чинників та системних захворювань, характеризується тривалим і важким перебігом, схильністю до періодичних загострень. На нашу думку, найчастішою причиною виникнення десквамативного глоситу є хвороби органів травного тракту: шлунка, кишківника, печінки тощо. Стадія загострення цих захворювань може проявлятися в порожнині рота у вигляді різних форм десквамативного глоситу. Стоматолог зазвичай проводить санацію порожнини рота, призначає ротові ванночки з настоїв лікарських рослин, аплікації місцевоанестезувальних та кератопластичних засобів [1].

Однак зазначені підходи до лікування не забезпечують профілактику рецидивів захворювання. Нині залишається актуальним пошук нових методів лікування десквамативного глоситу на тлі хвороб травного тракту із застосуванням засобів, які впливають на травну систему та метаболізм.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування пацієнтів з десквамативним глоситом на тлі хвороб травного тракту за рахунок використання препаратів, що впливають на травну систему та метаболізм.

Матеріали і методи. Запропонований метод включає застосування засобів для місцевого та загального лікування: мазь Альтанова 2% і препарат Альтан (виробник ПАТ «Борщагівський хіміко-фар-

мацевтичний завод», Україна). Альтан – вітчизняний комплексний препарат, що містить похідні елаготанінів, чинить антимікробну, протизапальну та репаративну дію, має мембраностабілізуючі та антиоксидантні властивості. Препарат чинить гастропротекторну та противиразкову дію, застосовується в лікуванні захворювань тканин пародонта. Діючими компонентами мазі Альтанова 2% є поліфенольний комплекс альтан і димексид [2].

Застосовували розроблений та апробований авторами новий спосіб лікування (Патент України на корисну модель №136597 «Спосіб лікування десквамативного глоситу при патології шлунково-кишкового тракту»). Після професійної гігієни порожнини рота мазь Альтанову 2% застосовували у вигляді аплікації на слизову оболонку язика упродовж 15–20 хв щодня курсом 7–10 днів; для системної терапії призначали препарат Альтан всередину по 1 таблетці 2–3 рази на добу за 15–20 хв до вживання їжі курсом 30 днів [3]. Комплексну терапію десквамативного глоситу на тлі хвороб травного тракту проводили сумісно з гастроентерологом, котрий призначав загальне лікування.

Результати дослідження. Провели лікування 16 пацієнтів (10 жінок і 6 чоловіків) з установленими діагнозами: «Десквамативний глосит, фіксована форма», «Десквамативний глосит, мігруюча форма». В анамнезі всі пацієнти мали хвороби травного тракту. Лікування вважали ефективним у разі досягнення позитивних результатів стоматологічного статусу та після обстеження в гастроентеролога через 1 міс після початку комплексної терапії. Позитивну клінічну динаміку відмітили всі пацієнти групи спостереження: скарг не було, нормалізувався об'єктивний стан слизової оболонки язика – зникли набряк, гіперемія, загоїлися вогнища десквамації. Пацієнтам рекомендовано пройти курс підтримувальної терапії через 6 та 12 міс.

Висновки. Запропонований метод лікування пацієнтів з десквамативним глоситом на тлі хвороб травного тракту дає позитивний ефект, сприяє розвитку стійкої ремісії захворювання, може бути рекомендований до застосування у терапевтичній стоматології.

Література

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації у двох томах/ за ред. проф. А.К.Ніколішина. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 280 с.

2. Дев'яткіна Т.О., Слабухіна В.А., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю., Чечотіна С.Ю. Лікування генералізованого пародонтиту із застосуванням мазі альтанової. Інформаційний листок про нововведення в системі охорони здоров'я. – Харків: ХЦНТЕІ, 2004. – № 53. – 2 с.
3. Петрушанко Т.О., Дев'яткіна Т.О., Литовченко І.Ю., Іленко Н.М., Ніколішина Е.В., Марченко А.В., Чечотіна С.Ю. Спосіб лікування десквамативного глоситу при патології шлунково-кишкового тракту. Інформаційний листок про нововведення в сфері охорони здоров'я. – К.: Укрмедпатентінформ, 2020. – № 33. – 3 с.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИКА ЦИТЕАЛ В ЕНДОДОНТІЇ

Марченко А.В., Литовченко І.Ю., Костиренко О.П., Сідаш Ю.В., Іленко-Лобач Н.В.

Українська медична стоматологічна академія,
кафедра терапевтичної стоматології,
м. Полтава, Україна

Оцінюючи якість ендодонтичного лікування вітчизняні та зарубіжні вчені констатують відносно високий показник невдалих наслідків. За сучасними даними, ускладнений карієс у структурі стоматологічних захворювань спостерігають у 40–60 % випадків, а відсоток позитивних наслідків лікування пульпіту і періодонтиту коливається від 30 до 70 [1,2, 3]. Це значною мірою залежить від медикаментозного лікування, яке, на нашу думку, є базовим у терапії ускладненого карієсу зубів. Від якості впливу на мікрофлору каріозної порожнини та кореневих каналів залежить успіх лікування та профілактика ускладнень.

Відомі способи лікування ускладненого карієсу зубів, коли автори пропонують застосовувати розчини з вираженими антисептичними властивостями – 2% хлоргексидину, 3–5% гіпохлориду натрію, 3% водню пероксиду, 2% метиленового синього за методикою іригації кореневих каналів [1,2]. Проте й ці розчини мають певні недоліки, пов'язані з подразненням періапікальних тканин, виникненням післяпломбувального болю, інколи із запаленням верхівкового періодонту тощо. Саме це визначає потребу в нових підходах до проблеми підвищення ефективності лікування ускладненого карієсу зубів і є підставою розглянути як альтернативу антисептичний засіб цитеал, що чинить бактеріостатичну, протигрибкову, протитрихомонадну дію.

Мета роботи: підвищення ефективності лікування пацієнтів з ускладненим карієсом зубів за рахунок застосування нового антисептичного засобу комплексної дії Цитеал.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебували 11 чоловіків і жінок віком 25–60 років з хронічними формами пульпіту і періодонтиту. У пацієнтів переважно були діагновані хронічний фіброзний пульпіт, хронічний гангренозний пульпіт, хронічний фіброзний періодонтит. Метод здійснювали таким чином: проведення професійної гігієни порожнини рота, інструментальна та медикаментозна обробка зуба з ускладненим карієсом згідно з протоколами лікування, іригація кореневого каналу розчином антисептичного засобу цитеал у розведенні 1:10 під час інструментальних маніпуляцій, повторна іригація (промивання) водою, висушування кореневого каналу за допомогою паперових штифтів, obturaція кореневого каналу методом латеральної конденсації гутаперчі з використанням силеру. Проведено оцінювання ефективності методу в найближчі терміни спостережень.

Результати дослідження. Ефективність комплексної дії цитеалу на етапі антисептичного лікування підтверджується його фізичними властивостями піноутворення під час іригації кореневого каналу. Під час маніпуляції розчин цитеалу контактує з ексудатом кореневого каналу утворюючи піну. Ефект піноутворення сприяє додатковому механічному очищенню кореневих каналів та аерації системи чисельних дельтоподібних відгалужень, особливо в апікальній ділянці кореня зуба. Як результат, поліпшується дренажна функція дентинних каналів, клінічно відзначається швидка евакуація ексудату з кореневого каналу та заапикальної частини періодонта. Це підтверджено суб'єктивними та об'єктивними клінічними даними пацієнтів у зазначені терміни спостережень. Позитивну клінічну динаміку відзначили всі пацієнти. Згідно з нашими дослідженнями, метод лікування ускладненого карієсу зубів рекомендується проводити з використанням 3–5 мл антисептичного розчину цитеал у розведенні 1:10 у вигляді іригації з наступним обов'язковим промиванням водою для видалення залишків засобу. Далі провести висушування кореневих каналів зуба паперовими штифтами та їх obturaцію методом латеральної конденсації гутаперчі з використанням силеру. Результати досліджень узгоджуються з результатами, раніше отриманими авто-

рами цієї публікації [3,4]. Після лікування пацієнтам потрібно провести повторне рентгенологічне обстеження заплomboваного зуба через 3 та 6 міс.

Висновки. Запропонований метод лікування ускладненого карієсу зубів ефективний, простий у виконанні, не має побічної дії, дає змогу забезпечити стійкий клінічний ефект, може бути рекомендований до застосування в терапевтичній стоматології.

Література

1. Dental caries. Pulpitis. Apical periodontitis. Oral sepsis: a textbook / M.Yu. Antonenko, Yu.G. Romanova, S.A. Shnayder et al.; ed. by A.V. Borysenko. – Odesa: Astro, 2015. – 314 p.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівнів акредитації у двох томах / за ред. проф. А.К.Ніколішина. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 280 с.
3. Сідаш Ю.В. Вплив імунних механізмів у патогенезі хронічного верхівкового періодонтиту// Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2019. – №4(36). – С.56–59.
4. Application of nanocrystals in treatment of chronic apical periodontitis / O.P. Kostyrenko, V.L. Melnyk, V.K. Shevchenko [et al.] Світ медицини та біології. 2020. №3 (73). – С.61–65.

ОСТЕОРЕГЕНЕРАТИВНА АКТИВНІСТЬ ПЕРІОСТУ В ДІЛЯНКАХ НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ КІСТОК, УРАЖЕНИХ КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Мокрик О.Я.¹, Гаврильців С.Т.², Ломницький І.Я.¹, Ковпак Л.В.²

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

¹ кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії,

² кафедра хірургічної стоматології і ортопедичної стоматології ФПДО

м. Львів, Україна

Відомо, що щелепні кістки можуть уражуватися пухлинами та пухлиноподібними утвореннями різного генезу. Серед пухлиноподібних утворень найчастішими є одонтогенні кісти запального генезу – радикулярні [1, 2]. Диференційна діагностика цих кіст має проводитися з амелобластою та остеобластокластою [3]. Зокрема при кістозній формі остеобластокластоми щелепної кістки рентгенологічно визначають вогнище деструкції кісткової тканини з чіткими, нерівними краями, що за формою нагадує одонтогенну (радикулярну) кісту [4]. Однак вона не має зв'язку з причинним зубом. Гістологічно для цієї

пухлини характерною є велика кількість гігантських багатоядерних клітин (остеокластів), що підтверджує деструктивний (остеолітичний) характер її росту. Розміри одонтогенних кіст збільшуються за рахунок аппозиційного росту, внаслідок хронічної компресії їхньої оболонки на прилеглу кісткову тканину. У відповідь на тривалий вплив зростаючого обсягу з боку радикалярної кісти відбувається адаптаційна компенсаторна реакція ушкодженої кісткової тканини та окістя, розташованого в цій ділянці [5]. У кістковій тканині та окісті підвищується активність лужної фосфатази (ЛФ) – маркера остеорегенеративного потенціалу. У доступній фаховій літературі нами не виявлено даних щодо активності цього ферменту в окісті нижньої щелепи, що розташоване в зоні росту остеобластокластоми.

Мета дослідження: вивчити за допомогою гістохімічного методу дослідження вміст маркера остеорегенеративної активності – лужної фосфатази періосту в ділянках нижньощелепних кісток, уражених радикалярними кістами та кістозною формою остеобластокластом.

Матеріали і методи. Гістохімічні дослідження проводили у 10 хворих (6 чоловіків, 4 жінок) із радикалярними кістами великих розмірів (діаметром понад 3 см), розташованих на нижніх щелепах – 1-а клінічна група, та у 9 хворих (4 чоловіків, 5 жінок) із кістозною формою остеобластокластом, локалізованих на нижніх щелепах – 2-а клінічна група. Усі хворі були віком від 25 до 50 років, соматичної патології в них не було виявлено.

Визначення лужної фосфатази в тканинах періосту нижніх щелеп проводили за допомогою методу одночасного азопоеднання за Кеплоу, який базується на розщепленні лужною фосфатазою альфа-нафтил-фосфату із звільненням альфа-нафтолу, що утворює із солями діазонію нерозчинний пофарбований у темно-коричневий колір осад у місцях локалізації ферменту лужної фосфатази [6]. Підготовлені зразки гістохімічних препаратів вивчали під світловим мікроскопом, отримані зображення фотографували. Оцифровані зображення гістохімічних препаратів аналізували за допомогою комп'ютерної програми ImageJ. Для оцінювання рівня накопичення ЛФ у біоптаті періосту використано такі показники: 1. Ширина смуги зони накопичення ЛФ; 2. Інтенсивність забарвлення зони накопичення ЛФ. Ширину смуги накопичення визначали за допомогою інструменту straight (лінійний замір) комп'ютерної програми ImageJ після калібру-

вання за допомогою слайду Meiji MA285 з визначенням коефіцієнта співвідношення пікселя до мікрометра. Інтенсивність забарвлення зони накопичення ЛФ в окісті визначали за показником середнього значення сірого (mean gray value) гістограми в досліджуваних ділянках гістопрепарату. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 8» з використанням t-критерію Стюдента.

Результати дослідження. Під час цифрової обробки гістохімічних препаратів окістя, отриманих із нижніх щелеп хворих із радикальними кістами великих розмірів, встановлено, що зони накопичення ЛФ являли собою суцільні смуги, які були інтенсивно забарвлені коричневим кольором вздовж крайової ділянки. Інтенсивність знижувалася в глибину від краю препарату. Ширина зони, де візуалізувалося накопичення барвника, в середньому у 1-ї групи становила $219,357 \pm 26,14$ мкм, показник товщини коливався від мінімального значення 69,15 мкм до максимального – 482,71 мкм. Середнє значення показника сірого гістограм у ділянці накопичення ЛФ становило $86,91 \pm 12,7$ ум. од.

Під час дослідження гістохімічних препаратів окістя, отриманих від хворих 2-ї клінічної групи з кістозною формою остеобластокластоми, виявлено відмінності в морфологічних проявах остеобластної активності цих анатомічних утворень. Виявлялися лише тонкі смуги накопичення барвника в крайовій ділянці періосту. Ширина смуг становила $112,36 \pm 31,58$ (діапазон від 79,83 до 145,19) мкм, товщина коливалася від мінімального значення 48,34 мкм до максимального – 306,52 мкм. Різниця в разі порівняння з показником 1-ї клінічної групи є статистично значущою ($p < 0,01$). Значення показника сірого гістограм у ділянці накопичення ЛФ становила $40,13 \pm 8,72$, що на 58,56 % менше за відповідний показник 1-ї клінічної групи ($p = 0,007856$).

Висновки. Вміст ЛФ в окісті нижньощелепних кісток, уражених кістозною формою остеобластокластоми, є статистично вірогідно меншим порівняно з його накопиченням в окісті нижніх щелеп, прилеглих до радикальних кіст великих розмірів. Остеорегенеративний потенціал окістя нижньощелепних кісток, уражених радикальними кістами, є вищим ніж у періості, що зазнає впливу кістозної форми остеобластокластоми.

Література

1. Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области: руководство по клинической стоматологии / Под ред. А.К. Иорданишвили. – Спб.: «СпецЛит», 2007. – 494 с.
2. Lin H.P. A clinicopathological study of 338 dentigerous cysts / H.P. Lin, Y.P. Wang, H.M. Chen, S.J. Cheng, A. Sun, C.P. Chiang // J Oral Pathol Med. – 2013. – №6. – Р. 462–467.
3. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї. – К.: Асканія, 2008. – 319 с.
4. Лучевая диагностика в хирургической стоматологии / Под ред. А.Ю. Васильева, Ю.М. Воробьева, Н.С. Серовой. – М.: «ГЭОТАР Медиа», 2008. – 176 с.
5. Гаврильців С.Т. Застосування сучасних комп'ютерних технологій при гістоморфометричному дослідженні щелепових кісток, уражених радикальними кістами // Клінічна стоматологія, 2018. – №3(24). – С. 51-59.
6. Лойда З., Госспрау Р., Шиблер Т. Гистохимия ферментов. Лабораторные методы / пер. с англ. М.: Мир, 1982. – С. 14-17.

МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ХЕЙЛІТУ

Несин О.Ф.¹, Печковський К.Є.¹, Печковська І.М.², Тівоненко Л.І.¹

¹ Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
кафедра терапевтичної стоматології

² ПВНЗ «Київський медичний університет»,
кафедра ортопедичної стоматології та ортодонтії
м. Київ, Україна

Атопічний хейліт (АХ) – спадкове захворювання з хронічним рецидивним перебігом і вираженою еволюційно-віковою динамікою. Для нього характерна мультифакторність причин: порушення бар'єрної функції шкіри, імунна дисрегуляція, дія чинників зовнішнього середовища та інфекційні агенти.

Клінічна картина АХ характеризується віковою фазністю перебігу захворювання.

І – дитяча фаза з'являється з перших місяців життя до 2 років яскравими не надто типовими плямисто-папульозними (екземо-подібними) висипаннями на шкірі обличчя, частіше – на щоках. На поверхні екзематозних бляшок уражених ділянок цілість епідермісу порушується, оголюються «екзематозні колодязі» з мокнуттям, лусочками і кірочками.

II – дитяча фаза від 1,5–2 років – до 11–12 років, коли еритематозно-набряклі папули, що злилися у великі вогнища, трансформуються на ліхеноїдні папули і вогнища ліхеніфікації на шкірі періоральної ділянки. Прояви ліхеніфікації можна визначити на бічних поверхнях шиї, грудної клітки, ліктьових і підколінних згинах.

III – підліткова і доросла фаза з 12 років – характеризується вогнищами ліхеніфікації червоно-синюшного кольору і свербіжем різної інтенсивності.

Критерії діагностики АХ: 1) великі: свербіж, хейліт, типова локалізація відповідно до віку, хронічний рецидивний перебіг, алергічні захворювання в анамнезі; 2) малі: початок у ранньому дитинстві, сухість шкіри, долонний іхтіоз, неспецифічний дерматит кистей, рецидивні кон'юнктивіти, потемніння періорбітальних складок, передні катаракти, дерматит повік, білий дермографізм, посилення свербіжу під час пітливості, фолікулярний кератоз, складчастість шкіри передньої ділянки шиї, рецидивні інфекційні захворювання шкіри, непереносимість харчова, вовни, високий рівень IgE. Клінічний діагноз АХ встановлюють за наявності не менше ніж 3 великих і 3 малих критеріїв.

Мета лікування – відновити бар'єрну функцію шкіри: навчити хворого оптимальному догляду за шкірою. Щодня 1–2 рази по 10–15 хв промивати теплою водою, очищаючи і зволожуючи її поверхню, уникаючи ароматичних мил; проводити місцеве протизапальне лікування: топічні кортикостероїди (на шкірі губ краще 1% гідрокортизону ацетат) – після промивання і очищення шкіри перед нанесенням емоментів і / або топічних інгібіторів кальциневрину, лікування інфекцій шкіри. Важливою є елімінація причинних алергенів, дієта, корекція супутньої патології травного тракту, ЦНС, санація вогнищ хронічної інфекції, імунофармакотерапія.

Лікувальна тактика АХ включає немедикаментозні заходи: гіпоалергенна дієта, ведення «харчового щоденника», при целиакії – безглютенова дієта, вологе прибирання житла. Медикаментозне місцеве лікування (терапія першої лінії) має на меті вплинути на основні ланки патогенезу atopічного запалення, усунути морфологічні зміни і відновити бар'єрну функцію шкіри губ і передбачає нанесення емоментів на суху шкіру (зволожувальні, пом'якшувальні (Atopi MED) живильні креми, маточне молочко, псилобальзам), застосування мембрано-

стабілізувальних засобів (Затиден), при загостренні – емульсії, потім креми топічних кортикостероїдів (Бетаметазон, Дексаметазон тощо).

Залежно від вираженості клінічних проявів застосовують ступінчастий підхід: за наявності лише сухості червоної облямівки губ і шкіри без ознак запалення – зволожувальні і пом'якшувальні засоби не менше двох разів на день; при легких і помірних симптомах – топічні кортикостероїди низької або середньої активності і/або інгібітори кальциневрину, при загостренні і виражених проявах – кортикостероїди високої активності, а у разі постійного перебігу або частих загострень – інгібітори кальциневрину (пімекролімус, такролімус).

Системне лікування – антигістамінні препарати 2-го покоління (левоцетиризин – Алерзин) з урахуванням віку і препарати кальцію при свербезі з подальшим переходом на терапію другої лінії – циклоспорин, короткочасний курс кортикостероїдів, фототерапія (ультрафіолетове опромінення).

У разі колонізації *S. Aureus* і за наявності ознак вторинної бактеріальної інфекції рекомендовано короткий курс антибіотикотерапії.

Профілактика. Після досягнення ремісії призначають підтримувальну терапію емолентами і двічі на тиждень топічні кортикостероїди, що знижує ризик розвитку рецидиву. Показані вітамінні і седативні препарати.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ

Несин О.Ф., Регурецька Р.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра терапевтичної стоматології
Київ, Україна

Аналіз діагнозів хворих, направлених на консультацію до Стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, дає змогу констатувати, що діагностика червоного плоского лишая несе в собі певні труднощі, оскільки це захворювання класифікується під іншими діагнозами, що є небезпечним через необґрунтовані і неадекватні методи лікування.

Помилки діагностики червоного плоского лишая зумовлені багатьма чинниками, серед яких особливо потрібно виділити розмаїття

клінічних форм так званих «білих уражень слизової оболонки порожнини рота» та наявність атипових і рідкісних форм захворювань, які проявляються на слизовій оболонці порожнини рота.

Найчастіше червоний плоский лишай на слизовій оболонці порожнини рота діагностовано як кандидоз з частотою уражень слизової оболонки рота 89 % та лейкоплакія з частотою уражень 6 %. Але червоний плоский лишай від кандидозу відрізняє те, що зіскрібок з ураження не знімається, та навіть у тому випадку, коли червоний плоский лишай ускладнюється кандидозом, то знімається лише наліт, в якому виявляють гриби, але на слизовій оболонці порожнини рота стабільно залишається сітчасто-мереживний малюнок, утворений зроговілими полігональними папулами.

Особливо важливою є диференціація бляшкової форми червоного плоского лишая і лейкоплакії, при яких наявність білої бляшки гіперкератозу підштовхує до постановки діагнозу лейкоплакії. Але при лейкоплакії ураження з'являються переважно в передніх ділянках слизової оболонки порожнини рота в зоні впливу травматичних чинників, до того ж бляшка зазвичай поодинокі, тоді як при червоному плоскому лишаї окрім бляшки, наприклад, на язиці, наявні типові полігональні папули червоного плоского лишая на інших ділянках слизової оболонки рота, особливо на ретромолярних, причому симетрично. За відсутності місцевих подразнювальних чинників та (хоч і не завжди) наявність червоних плоских папул на шкірі переконує у встановленні діагнозу «червоний плоский лишай».

Складними в діагностиці є ерозивна та виразкова форми червоного плоского лишая, які нерідко трактують як рак, декубітальна чи травматична виразка, але дефекти слизової оболонки порожнини рота при цих формах червоного плоского лишая на відміну від раку м'які, без хрящоподібної щільності і вивернутості країв, без інфільтрованих прилеглих тканин, без твердих і безболісних регіонарних лімфовузлів. До того ж явні місцеві травмувальні чинники зазвичай відсутні. А про червоний плоский лишай свідчать зроговілі полігональні папули по периферії ерозії чи виразки, та таких само полігональних папул, що утворюють сітчастий чи мереживний малюнок у ретромолярних ділянках порожнини рота – місцях класичної локалізації висипу червоного плоского лишая на слизовій оболонці порожнини рота.

Нерідко прояви синдрому Фордайса розцінюють як червоний плоский лишай, оскільки мають низку схожих клінічних ознак: відчуття шершавості поверхні щік, наявність симетричного білуватого висипу на щоках, безсимптомність перебігу (що робить його дещо схожим на типову форму червоного плоского лишая). Але папули червоного плоского лишая полігональні, ледь підвищені над рівнем слизової оболонки, зроговілі на верхівках, а гранули Фордайса являють собою жовтуваті точкові утворення і залягають під епітелієм. До того ж червоний плоский лишай зустрічається переважно у жінок віком 42–45 років і старших, а синдром Фордайса – у осіб будь-якого віку і статі, причому такі само гранули обов'язково будуть виявлені під час огляду червоної кайми губ і кутів рота.

Стоматолог, приймаючи хворого з кератозними та ерозивно-виразковими захворюваннями слизової оболонки порожнини рота має приділяти увагу деталям, ретельно проводити аналіз результатів обстеження таких хворих для визначення подальшої лікарської тактики.

Література

1. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта. – М.: Медицина, 1991. – 288 с.
2. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ/ Под ред. проф. Е.В. Боровского, проф. А.Л. Машкиллейсона – М.: МЕДпресс, 2001. – 320 с.
3. Несин А.Ф., Печковский К.Е. «Белые поражения» слизистой оболочки полости рта. – К.: Сучасна стоматологія, 2019. – № 4. – 83–84 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ ЗА ПОВНОЇ ВТРАТИ ЗУБІВ У ОСІБ СТАРЕЧОГО ВІКУ

Неспрядько В.П., Богатирьова Д.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Останніми роками збільшується кількість осіб поважного та старечого віку, з них близько 20–28 % користуються повними знімними протезами [1]. Частина з них не спроможна користуватися протезами постійно. Це зумовлено низькою компетентністю лікарів стоматологів-ортопедів, котрі допускають значну кількість помилок під час

протезування пацієнта [2]. Ця ситуація особливо складна у пацієнтів старечого віку.

Мета дослідження. Поліпшити протезування осіб старечого віку за повної втрати зубів.

Матеріали і методи. Нами обстежено 33 пацієнти віком від 75 до 95 років з повною відсутністю зубів. Із них 18 осіб – жінки, 15 – чоловіки, котрі звернулися зі скаргами на неспроможність пережовувати їжу у зв'язку з поганою фіксацією протезів. Усі вони вже неодноразово виготовляли такі конструкції протезів.

Під час обстеження практично у всіх пацієнтів були майже відсутні елементи анатомічної ретенції, особливо на нижній щелепі. Функціональний аналіз жувальних м'язів проводили за допомогою електроміографії (ЕМГ), жувальних проб та комп'ютеризованого апарата T-scan для визначення оклюзійних взаємовідносин. Результати ЕМГ показали значні нерівномірні зниження біопотенціалів м'язів, що призводить до порушення симетрії та синхронності їх. Активність усіх груп м'язів знижена. В окремих випадках деякі м'язи мають гіпертонус, що проявляється лицевим болем. Майже в усіх досліджуваних спостерігали гіпертонус колового м'яза, за допомогою якого пацієнти утримують повні знімні протези від зміщення. У 5 випадках досліджували жувальні м'язи при геміплегії після крововиливів у головний мозок. Показники жувальних м'язів на боці геміплегії були у 2,5–3 рази знижені спосовно м'язів здорового боку. Синхронність та симетричність м'язів були в межах 3–7 %. Часом бруксизм жувальних та мимічних м'язів унеможлиблює правильно визначити центральне співвідношення щелеп. Кількість жувальних рухів становила 25–29, що значно більше стосовно до інтактного жувального ряду.

Результати дослідження. Значну увагу приділяли обстеженню скронево-нижньощелепого суглобу за допомогою клінічних та променевих методами. Спостерігали зношування всіх компонентів суглоба, а саме диску, хрящової тканини, зв'язкового апарату, значне зменшення кількості синовіальної рідини та хрящової тканини. Клінічно це проявляється у вигляді стоншення диску, звуження суглобової щілини, стоншення поверхні мищелків та гіпермобільності суглобової головки [3, 4]. Майже у всіх пацієнтів, які були у нас на лікуванні, спостерігали атрофію скроневої кістки, кілька пацієнтів – з однібічним підвивихом суглобової головки та зміщенням нижньої

щелепи. Зазвичай такі зміщення нижньої щелепи були закріплені постановкою зубів у протезах та неадекватною висотою центрального співвідношення щелеп. На зубних рядах повних знімних протезів, якими певний час користувалися пацієнти, немає компенсаційних кривих, що свідчить про сплюснення рельєфу суглобів та повне зношування суглобових дисків.

Клінічна практика показує, що якоюсь стандартною постановкою зубів для всіх пацієнтів, які повністю втратили зуби обійтися не можна. Стан оклюзійної поверхні має відповідати особливостям СНЩС у досліджуваному віці, тобто постановка зубів має бути індивідуалізована.

Потрібно також звертати увагу на рухи нижньої щелепи зважаючи на стан м'язів, СНЩС. Вони мають свої характерні ознаки у вигляді вкорочення довжини, відсутності прямої, протрузійного та латеротрузійного рухів.

Висновки. Анатомо-фізіологічні особливості верхньої та нижньої щелеп у пацієнтів поважного і старечого віку мають свої особливості, які потрібно враховувати під час виготовлення повних знімних протезів.

Література

1. Свирин Б.В. Получение функционального слепка с верхней и нижней челюстей после полной утраты зубов, обусловленной заболеваниями пародонтита // Зубной техник. 2003. – №6. – с. 18
2. Жолудев С.Е. Адгезивные средства в ортопедической стоматологии. – М.: Медицинская книга, 2007. – 112 с.
3. Рединов И.С., Метелица С.И. Морфофункциональные изменения в полости рта у пациентов с полной вторичной адентией и предпосылки для проведения методики локально-дифференцированного оттиска на нижней челюсти: Материалы республиканской стоматологической конференции «Актуальные вопросы стоматологии», посвященные 80-летию Башкирского Государственного Медицинского университета, 17–18 Октября 2012.
4. Отт Р.В., Вольмер Х.-П., Круг В.Е. // Клиническая и практическая стоматология. М: Медпресс – информ, 2010. – 640 с.

ЦИФРОВИЙ МЕТОД АНАЛІЗУ ПЛОЩІ ФАСЕТОК СТЕРТОСТІ ЗУБІВ. ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ BRUXHECKER

Неспрядько В.П., Невинний Г.М.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
кафедра ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

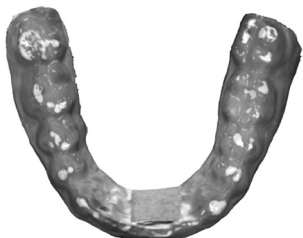
Актуальність комплексної діагностики місцевих чинників, які призводять до порушень оклюзійних взаємовідносин, зумовлена впливом на СНЩС, нейром'язовий комплекс жувального апарату, а також на постуральну систему [1, 2].

Мета дослідження: розробити точний та сучасний метод дослідження площі фасеток стертості зубів у пацієнтів з нічною формою парафункції жувальних м'язів, використовуючи науковий метод аналізу площі графічних зображень.

Нічна форма бруксизму – одна з поширених форм парафункції жувальних м'язів, яку зараховують до психогенних, нейрогенних, стоматогенних та інших причин виникнення. Характеризується скреготом та / або стисканням зубів, класифікується як розлади рухів, пов'язані зі сном [5]. Значна кількість сучасних наукових праць присвячено цим порушенням. Використовано різноманітні дані електроміографії (ЕКГ) [10], енцефалограму, електрокардіограму з пульсоксиметром при полісомнографії (ПСГ) [6–9] тощо.

Загальновідомі методи діагностики оклюзійних співвідношень проводять у статичному положенні пацієнта. Зазвичай аналіз статичної та динамічної оклюзії проводять сидячи у вертикальному положенні. Надважливим є проведення оцінювання оклюзійним взаємовідносин під час сну з огляду на наявність пафункціональної активності жувальних м'язів.

Матеріали і методи. В основі лежить метод аналізу нічної форми бруксизму з використанням Bruxchecker (мал. 1). В протоколі дослідження проводиться виготовлення двох індикаторних пластин на верхню та нижню щелепи для кожного пацієнта, надано чітку інструкцію з використання, в якій зазначено, що потрібно надягнути перед сном один Бруксчекер на одну ніч, на наступну ніч надягти інший. Після другої ночі Бруксчекери повертають для аналізу. Під час



Мал. 1. Бруксчекер на нижню щелепу



Мал. 2. Результат дослідження

аналізу використовують кольоровий інтраоральний сканер, за допомогою якого сканують зовнішні поверхні Бруксчекерів. Для отримання даних обсягу площі використовували індикатор 1 см^2 , фіксований до поверхні Бруксчекера, яка не прилягає до оклюзійної поверхні. Маркер площі 1 см^2 під час дослідження використовували для аналізу кожної моделі з метою контролю вихідних даних. Під час аналізу проводили розрахунок кількості пікселів у кожній фасетці, під час порівняльного аналізу з маркером 1 см^2 вираховували площу кожної фасетки стертості окремо.

Після сканування тривимірних моделей проводили конвертацію у двовимірне зображення за допомогою інструменту UV-розгортання (англ. UV unwrap або UV map), де літери U та V означають вісі координат двовимірної площини, своєю чергою X, Y та Z залишаються всіма координатами тривимірної площини (мал. 2). Двовимірною мапо охоплює всю геометрію тривимірної моделі, при цьому з'являється можливість максимально ефективно проаналізувати та провести вимірювання всієї поверхні в цілому.

Цей метод доволі широко використовують у медичній науці, а саме в аналізі тривимірних зображень [11], використовуючи графічний редактор Photoshop CC, що дає змогу проаналізувати отримані дані та подати їх у формі звіту. Отримавши дані про кількість пікселів, проводили розрахунок різниці значень фасеток стертості у відсотках з реперним значенням кількості пікселів у 1 см^2 за формулою розрахунку різниці у відсотках між двома величинами:

$$a < b = ((b-a)/a) * 100 \quad \text{або} \quad a > b = ((a-b)/a) * 100,$$

де a — значення першого числа; b — значення другого числа. В 1 см^2 100 мм на 100 мм – або $\% = \text{різниця сум площі}$.

Цей метод застосовували в практиці стоматолога-ортопеда для виявлення нічної форми бруксизму та його впливу на оклюзійно-артикуляційні взаємовідносини. Паралельно проводили дослідження біоелектричної активності жувальних м'язів. Із 30 пацієнтів у 6 перевищення показників біоелектричної активності не відзначали, при цьому сумарна площа фасеток стертості не перевищила $0,4 \text{ см}^2$, серед цих пацієнтів були пацієнти з ознаками 1-го та 2-го оклюзійному класу за Енглем. Найбільші показники стертості відзначали у пацієнтів 3-го класу або з тенденцією до 3-го класу, їх показники перевищили $1,6 \text{ см}^2$. Також відзначали високі показники стертості у пацієнтів з ознаками 2-го класу 2-го підкласу за Енглем, їхні показники перевищували 1 см^2 , а також відзначали високі показники біоелектричної активності жувальних м'язів.

Результати дослідження. Проаналізовано 60 моделей Бруксчекерів верхньої та нижньої щелеп. Розрахунок усіх моделей проводили два оператори окремо, результати дослідження кожного порівнювали між собою, при цьому середньостатистична похибка становила 1,22%. У разі проведення аналізу повторюваності методу трьома різними операторами вдалося зіставити послідовність дій на 100%.

Висновки. У практиці стоматолога в цифровому протоколі з використанням кольорового інтраорального сканера цей метод не потребує додаткового інструментарію або обладнання. За допомогою цього методу можна проаналізувати динаміку стирання зубів у разі нічної форми бруксизму на різних етапах лікування або в будь-якому віковому періоді. При парафункції жувальних м'язів виникає можливість чітко визначити результат лікування, проаналізувати динаміку стирання поверхонь зубів. Безперечною перевагою цього методу є можливість порівняльної оцінки стертості кожної фасетки, окремо аналізуючи площу кожної. Таким чином, є можливість запобігти втраті стабільної оклюзії, відстежуючи стирання фасеток ретрузивного контролю, ретрузивного бар'єра [1], латеротрузійного захисту ікол. З використанням цього методу виникла необхідність більш докладного аналізу площі стертих поверхонь зубів залежно від різних форм порушень прикусу, з метою дослідження інтенсивності впливу порушень прикусу на стирання зубів та втрату стабільної оклюзії.

Література

1. Textbook of Oral Anatomy, Physiology, Histology and Tooth Morphology – 450 pg.
2. The Glossary of Prosthodontic Terms. The Journal of Prosthetic Dentistry. 117 (5): C1–e105. May 2017. doi:10.1016/j.prosdent.2016.12.001. hdl:2027/mdp.39015007410742. PMID28418832.
3. Уайз М. Ошибки протезирования. Лечение пациентов с несостоятельностью реставраций зубного ряда / Майкл Уайз ; пер. с англ. А. Островский. – М. : Азбука, 2005. – С. 43–117.
4. Status of occlusal contact during sleep bruxism in patients who visited dental clinics – A study using a Bruxchecker. Tago C, Aoki S, Sato S. Cranio. 2018 May;36(3):167–173. doi: 10.1080/08869634.2017.1295125. Epub 2017 Feb 24.
5. AASM. The international classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester (IL): American Academy of Sleep Medicine; 2005.
6. Rompré PH, Daigle-Landry D, Guitard F, et al. Identification of a sleep bruxism subgroup with a higher risk of pain. J Dent Res. 2007;86(9):837–842. [11] Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, et al.
7. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. J Oral Rehabil. 2008;35(7):476–494. [12] Dutra KM, Pereira FJ Jr, Rompré PH, et al.
8. Oro-facial activities in sleep bruxism patients and in normal subjects: a controlled polygraphic and audio-video study. J Oral Rehabil. 2009;36(2):86–92.
9. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. J Oral Rehabil. 2013;40(1):2–4.
10. Baad-Hansen L, Jadidi F, Castrillon E, et al. Effect of a nociceptive trigeminal inhibitory splint on electromyographic activity in jaw closing muscles during sleep. J Oral Rehabil. 2007;34(2):105–111.
11. Inthavong K, Shang Y, Tu J. Surface mapping for visualization of wall stresses during inhalation in a human nasal cavity. Respir Physiol Neurobiol. 2014 Jan 1;190:54–61. doi: 10.1016/j.resp.2013.09.004. Epub 2013 Sep 17. PMID: 24051139.

ДОСЛІДЖЕННЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА В ТКАНИНАХ КРАЙОВОГО ПАРОДОНТА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РЕТРАКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ БЮТИПОМ ЯСЕН

Неспрядько В.П., Терехов С.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Аналіз даних літератури, присвяченої вивченню стану тканин крайового пародонта, свідчить про те, що важливу роль в оцінюванні ефективності проведеного ортопедичного лікування відводять стану мікроциркуляції в тканинах пародонта. Проблема запобігання

крайовому пародонтиту та рецесії ясен після етапів ортопедичного лікування, як і раніше, залишається актуальною. Питання стану капілярного кровопостачання крайового пародонта після ретракції у пацієнтів з різними біотипами ясен недостатньо вивчено.

Мета дослідження: дослідити зміни в тканинах крайового пародонта після проведення ретракції залежно від біотипу ясен.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 13 пацієнтів (середній вік $40 \pm 5,2$ року) на етапах ортопедичного лікування, котрі звернулися по стоматологічну допомогу на кафедру ортопедичної стоматології НМУ імені О.О. Богомольця у 2019–2020 рр. для протезування метало-керамічними незнімними протезами. Залежно від біотипу ясен усіх пацієнтів поділили на 2 групи. У 1-у групу увійшли пацієнти з товстим біотипом – 7 осіб, у 2-у – з тонким біотипом 6 осіб. Усім пацієнтам проводили ретракцію ясенного краю за допомогою механічної ретракційної нитки Ultrapak розміром 00, 0,1 без хімічного просочення з попереднім вимірюванням глибини зубоясенного з'єднання за допомогою градуйованого зонду. Досліджували мікроциркуляторне русло до ретракції та через 5 діб після неї. Перед проведенням ретракційної процедури у пацієнтів було клінічно визначено біотип за Х. П. Мюллером (2004). Глибину ясенної борозни вимірювали за допомогою пародонтального зонда з інтервалом 0,25 мм і досліджували стан крайового пародонта за допомогою пародонтальних індексів. Оцінювання стану пародонта проводили за допомогою пародонтального індексу (PI) та індексу кровоточивості ясен (Muhlemann H.R., 1981). Комплексне обстеження пацієнтів включало загальноклінічні та спеціалізовані, рентгенологічні та функціональні методи обстеження.

Результати дослідження. Досліджували стан тканин крайового пародонта і визначили, що найбільш показовими є судинні зміни. Ступінь судинних порушень залежить від деструктивних змін, тривалості травми, сили агента, супутніх патологій. Під час вивчення показників ЛДФ встановлено зниження інтенсивності капілярного кровотоку в середньому на 30% порівняно з нормальним рівнем, що зумовлено запально-деструктивними процесами в пародонті.

Результати досліджень, проведених через 5 діб після ретракційної процедури, показали, що відновлення показників мікроциркуляції у пацієнтів обох груп відбувається неоднаково. А саме в пацієнтів групи з товстим біотипом (1-а група) лише у 2 із 6 пацієнтів ($p < 0,05$)

показники не доходили до норми стосовно початкових даних. У пацієнтів 2-ї групи з тонким біотипом відновлення показників спостерігали лише в 5 із 7 ($p < 0,05$) досліджуваних, що пов'язано з більш вираженими змінами в тканинах крайового пародонта, а саме з травмою зубоясенного прикріплення під час ретракції.

Проаналізувавши дані ЛДФ-грам у пацієнтів 1-ї і 2-ї груп виявлено погіршення мікроциркуляції в крайовому пародонті після виконання ретракції, причому у пацієнтів із тонким біотипом ці зміни були більш виражені. Показник K_v (коефіцієнт варіації) – вазомоторна активність мікросудин – збільшився в 10 разів, а показник M (мікроциркуляція) – знизився в 3 рази стосовно вихідних значень, що свідчить про більш виражені реакції на вплив травматичного чинника.

Отримані дані підтверджують думки низки авторів про те, що препарування і ретракції ясен у разі протезування незнімними протезами негативно впливають на стан тканин крайового пародонта, спричинюючи не прогнозовану рецесію ясенного краю.

Висновки. Вивчено стан мікроциркуляції у пацієнтів із клінічно здоровим пародонтом до ретракційної процедури, після неї і через 5 днів. Отримані дані підтверджують думку авторів, що не тільки ортопедична конструкція погіршує стан крайових ясен, а ретракційна процедура також знижує кровообіг у руслі судин, унаслідок чого знижує якість ортопедичного лікування. Особливо яскраво виражений вплив спостерігали у пацієнтів із тонким біотипом, оскільки це пов'язано з ушкодженням епітеліального прикріплення в процесі ретракції.

Література

1. Физические основы метода лазерной доплеровской флоуметрии и его применение в неврологической практике / В.В. Сидоров, М.А. Ронкин, И.М. Максименко [и др.] // Биомедицинские технологии и радиоэлектроника, 2003. – №12. – С. 26–35.
2. Логинова Н.К. Микроциркуляция в тканях пародонта. Динамика функциональной гиперемии / Н.К. Логинова, Е.К. Кречина // Стоматология, 1998. – Т.77, №1. – С. 25–27.
3. Braverman I. M. Correlation of laser Doppler wave patterns with underlying microvascular anatomy / I. M. Braverman, A. Keh, D. Goldminz // J. Invest. Dermatol., 1990. – Vol. 95. – P. 283.
4. Shillinburg H. Fundamentals of tooth preparation for cast metal and porcelain restorations / H. Shillinburg, R. Jacobi, S. Brackett. – Chicago – London – Berlin – St-Paulo – Tokyo and Hong Kong. – Quintessence publishing Co., Sec. Print, 1991. – 390 p.
5. Almond N. Laser Doppler flowmetry: theory and practice / N. Almond // Laser Doppler [ed. By G. Belcaro, U. Hoffman, A. Bollinger, A. Nicolaidis]. – London, Los Angeles, Nicosia: Med-Orion Publishing Company, 1994. – P. 17–31.

РЕЗУЛЬТАТИ БІОХІМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ АНТИОКСИДАНТНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ГЕЛЮ «МУМІЄ» В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТУ

Новицька І.К., Друм М.Б., Косенко Д.К.

ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН»,
м. Одеса. Україна

Однією з важливих ланок дослідження показників патогенезу хронічного генералізованого пародонтиту, є інтенсивність перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та захисних антиоксидантних систем (АОЗ), що забезпечують рівновагу між утворенням та метаболізмом активних форм кисню в клітинах [1].

Важливим етапом в алгоритмі лікування хронічного генералізованого пародонтиту є місцеве медикаментозне втручання та все частіше стали вдаватися до використання гелів для ротової порожнини. Гель містить муміє, переважними фармакологічними властивостями якого є протизапальна, адаптогенна, регенеративна, антикоагулянтна дія [2].

Мета роботи: експериментальне вивчення на токсичній кальцій-дефіцитній моделі пародонтопротекторних властивостей гелю для порожнини рота «Муміє».

Матеріали і методи. Для експериментального моделювання патології пародонту у білих щурів на тлі токсичного кальцій-дефіцитного стану тваринам щодня з питною водою давали 2% розчин ЕДТА і тричі на тиждень вводили per os препарат Варфарин Оріон (антагоніст вітаміну К) в дозі 5 мг/кг (у перерахунку на діючу речовину варфарин натрію – 0,01 мг/кг) протягом 30 діб. Було сформовано 4 групи (по 8 особин у кожній): 1-а – інтактні тварини; 2-а – модель; 3-я – модель + нанесення на ясна гелю Плацебо; 4-а група – модель + нанесення на ясна гелю Муміє. Гель наносили починаючи із 7 доби протягом 30 діб.

Для отримання уявлення про перекисне окислення ліпідів визначали дієнову кон'югацію (ДК) (з'являється на початкових етапах ПОЛ) і малоновий діальдегід (МДА) – один із найважливіших кінцевих продуктів ПОЛ та ферменти системи АОЗ – супероксиддисмутаза (СОД), каталаза (КА), глутатіонпероксидаза (ГП), глутатіонредуктаза (ГР), які контролюють усі види неферментативного вільнорадикального окислення [3].

Результати дослідження. У разі моделювання пародонтиту на тлі розвитку кальційдефіцитного стану в сироватці крові тварин усіх груп виявлено підвищення рівня ДК в 1,56–1,94 рази ($p < 0,01$).

Рівень МДА в сироватці крові вірогідно підвищився лише у тварин 2-ї і 3-ї груп в 1,31–1,42 разу ($p < 0,01$), а у тварин 4-ї групи – спостерігали слабко виражену тенденцію до зростання ($p > 0,05$).

Результати дослідження активності антиоксидантних ферментів у крові показали, що активність СОД, яка належить до первинної ланки антиоксидантного захисту, зросла у тварин усіх груп на 19,5–31,4 % ($p < 0,05$), що свідчить про підвищення утворення активних форм кисню в організмі. При цьому активність КА підвищилася на 14,5–21,7 % ($p < 0,05$). Для життєдіяльності клітин важливе значення має певне співвідношення активності СОД/КАТ, оскільки порушення його може спричинити розвиток цитотоксичних ефектів. Співвідношення СОД/КАТ у тварин 2-ї і 3-ї груп вище за контрольні значення в 1,1–1,2 разу, а у тварин 4-ї групи майже не відрізняється від такого у тварин контрольної групи.

Результати досліджень ферментів глутатіон-антиоксидантного захисту показали, що активність ГП вірогідно знизилась в сироватці крові тільки у тварин 2-ї і 3-ї груп на 21,6–24,6 % ($p < 0,05$). У групі тварин, якій наносили гель Муміє – активність ферменту знаходилась на рівні показників у тварин контрольної групи ($p > 0,05$).

Одночасно у тварин 2-ї і 3-ї груп спостерігали зниження активності ГР ключового ферменту, що відновлює пул глутатіону, більш ніж в 1,2 разу ($p < 0,05$), а у тварин 2-ї групи і Г-6-ФДГ – в 1,4 разу ($p < 0,05$) відповідно. У тварин 4-ї групи показник не мав вірогідних відмінностей від контролю.

Найінформативнішими показниками розвитку патологічного процесу та ефективності застосування гелю Муміє є вивчення стану про- та антиоксидантних систем безпосередньо в тканинах пародонта. Отримані дані свідчать про підвищення у тварин 2-ї групи вмісту МДА на 21,2 % ($p < 0,01$) і одночасну активацію СОД і КАТ на 38,5 % ($p < 0,05$) і 88,2 % ($p < 0,001$) відповідно. У групі тварин, якій наносили гель Плацебо, спостерігали аналогічну активацію даної системи.

На тлі активації процесів ПОЛ у тканинах пародонта у тварин 2-ї і 3-ї груп виявлено також зміни активності ферментів системи ГАОЗ (глутатіонантиоксидантний захист) – активність ключового ферменту ГР знизилася на понад 26,0 %, а постачальника відновлених екви-

валентів (Г-6-ФДГ) – на 35,6 і 29,9 % відповідно ($p < 0,05$). При цьому активність ГП у тварин цих груп компенсаторно зросла майже в 1,5 разу ($p < 0,01$). Тобто баланс відновлений/окиснений глутатіон у тканинах порушився, що свідчить про виснаження резервів системи антиоксидантного захисту.

У разі застосування лікувального гелю Муміє не виявлено активності ПОЛ у тканинах пародонта, при цьому активність ГР і Г-6-ФДГ підвищилася в 1,4 та 1,3 разу відповідно відносно контролю ($p < 0,05$).

Інтенсифікація процесів перекисного окиснення ліпідів у разі моделювання пародонтиту у тварин супроводжувалася зростанням рівня ДК і МДА у сироватці крові в 1,56–1,94 разу та 1,31–1,42 разу ($p < 0,01$) відповідно відносно контролю і відбувалося на тлі пригнічення активності ферментів антиоксидантного захисту (ГП, ГР і Г-6-ФДГ більш аніж у 1,2–1,4 разу ($p < 0,05$)) та компенсаторним підвищенням каталазної активності на 14,5–21,7 % ($p < 0,05$). Однак встановлено, що співвідношення СОД/КАТ в 1,2 разу є вищим за контроль, що може призвести до розвитку цитотоксичних ефектів у тканинах і поглиблення розвитку гіпоксичних станів. Дослідження пародонтопротекторних властивостей гелю Плацебо в разі моделювання пародонтиту не виявило будь-яких позитивних змін у стані тварин на відміну від тварин 2-ї групи (модель пародонтиту). При цьому зберігалися вірогідні зміни усіх досліджених біохімічних показників стосовно тварин контрольної групи як на системному рівні, так і в тканинах пародонта: стан про- та антиоксидантних систем як у сироватці крові, так і в тканинах пародонта протягом експерименту зберігав виражений дисбаланс – підвищення ДК і МДА ($p < 0,05$), що супроводжувалося зниженням активності ферментів глутатіонантиоксидантного захисту (ГП, ГР, Г-6-ФДГ – зниження в 1,2–1,3 разе ($p < 0,05$)) та компенсаторним підвищення каталазної активності в 1,4 разе ($p < 0,05$); не помічено також вірогідних змін у стабілізації окисно-відновлювальних процесів безпосередньо в тканинах пародонта.

Висновки. Результати дослідження пародонтопротекторних властивостей лікувального гелю для ротової порожнини Муміє у разі моделювання пародонтиту на тлі виникнення кальцій-дефіцитних станів показали ефективність його застосування, збереження (відновлення) захисних антиоксидантних систем у тканинах пародонта та на системному рівні.

Література

1. Николаева А.В. Разработка модели экспериментального пародонтита у крыс в условиях действия антагониста витамина К // Journal of Education, Health and Sport (Польша), 2015. – № 5. – С. 151–158.
2. Ражабова Г.Х., Хошимова Н., Амонов М.К. Мумие в медицине (обзор литературы) // Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина», 2017. – №3. – С.130–144.
3. Казимирко В.К., Мальцев В.И. Антиоксидантная система и ее функционирование в организме человека // Здоровье Украины, 2004. – № 98. – С. 40–45.

АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОГЕЛЕВИХ ПОВ'ЯЗОК ПРИ ОДОНТОГЕННИХ АБСЦЕСАХ ТА ФЛЕГМОНАХ

Огоновський Р.З., Мельничук Ю.М., Погранична Х.Р., Слободян Р.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Львів, Україна

Як відомо, пошук способів лікування ран є одним із найважливіших завдань хірургії. Від ефективності застосовуваних методів залежить успіх лікування пацієнтів із запальними процесами. Незважаючи на наявність значної кількості засобів для лікування ран, жоден із них повністю не задовольняє лікарів-практиків [1, 2, 8].

Останнє десятиріччя ознаменовано тим, що в царині лікування гнійно-запальних ран, опіків, діабетичних ангіопатій, трофічних виразок впроваджується застосування гідрогелевих пов'язок. Проте, в щелепно-лицевій хірургії їх застосування не набуло значного поширення. У сучасній науково-методичній літературі майже не зустрічаються згадки про застосування пов'язок на основі гідрогелевих синтетичних полімерів у лікуванні запальних процесів обличчя. Існують поодинокі публікації щодо застосування різноманітних сорбентних матеріалів та композиційних полімерів у лікуванні одонтогенних запальних процесів, однак, це, здебільшого, спорадичні згадки, які потребують поглибленого наукового аналізу [5, 6, 7].

Гідрогелеві пов'язки здатні зволожувати поверхню, забезпечувати стерильне покриття ран, здійснювати антисептичну дію та захищати від контамінування, чинять абсорбційну дію вбираючи в себе різно-

манітні виділення. Вони повністю біосумісні, не прилипають до рани, що робить їх зняття зовсім безболісним і не травмує новоутворену грануляційну тканину.

Зазначені матеріали здатні чинити також антисептичну дію – їх можна просочувати різними лікарськими засобами як на етапі виробництва, так і під час використання. Гідрогелеві пов'язки можна просочувати лідокаїном, преднізолоном, метилурацилом, кальцію глюконатом тощо.

Враховуючи зазначені вище фізико-хімічні характеристики пов'язок, доцільно вивчити можливість їх застосування у лікуванні одонтогенних абсцесів та флегмон. Відштовхуючись від аналізу патогенезу запальних процесів та загоєння ран, перспективним виглядає дослідження механізму використання гідрогелів на різних етапах загоєння. Абсорбція ексудату дає можливість накладати їх вже у першій фазі ранового процесу. Гідрогелеві пов'язки можна просочувати лікарськими речовинами і препаратами, вони чинять пролонговану дію у фазі проліферації [7].

Ще однією важливою характеристикою, яка має надзвичайне значення в щелепно-лицевій хірургії є їх висока еластичність. Здатність набувати рельєфної форми ранової поверхні дозволяє застосовувати гелеві пов'язки на обличчі, підщелепній ділянці, шиї, тобто в місцях зі складними умовами.

Висновки. Застосування гідрогелевих пов'язок для лікування одонтогенних запальних процесів є перспективним та актуальним науковим завданням.

Література

1. Greenstein G., Greenstein B. Clinical management of acute orofacial infections. *Compend Contin Educ Dent*. 2015; 36(2):96-103.
2. Malanchuk V, Sidoryako A, Vardzhapetian S. Modern treatment methods of phlegmon in the maxillo-facial area and neck *Georgian Med News*. 2019; (294):57-61.
3. Taub D., Yampolsky A., Diecidue R., Gold L. Controversies in the Management of Oral and Maxillofacial Infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2017; 29(4):465-73.
4. Андреев, Д.Ю. Современные раневые покрытия // Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2009; 3(168): 98-102.
5. Воробьева Т.Л., Гайворонская Т.В. Клиническая оценка эффективности применения рексода при комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области // Кубанский научный медицинский вестник, 2008; 5(104): 42-4.
6. Еремеев С.А., Чичков О.В., Коваленко А.В., Прохоренко А.В., Барташевич Е.В. Клиническая оценка эффективности использования серебросодержащих раневых покрытий

при лечении пострадавших с поверхностными ожогами // Вестник Новгородского государственного университета, 2012; 66: с. 41-5.

7. Кузнецова Т.А., Беседнова Н.Н., Ковалев Н.Н., Сомова Л.М., Земляной А.Б., Усов В.В. Экспериментальная оценка эффективности гелевых форм раневых покрытий, содержащих биологически активные вещества из морских гидробионтов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова, 2015; 10(4): 65-8.
8. Третьяков А.А., Петров С.В., Неверов А.Н., Щетинин А.Ф. Лечение гнойных ран // Новости хирургии, 2015; 23 (6): 680-7.

ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ CAD/CAM ТЕХНОЛОГІЙ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛОВКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Павличук Т.О., Чепурний Ю.В., Копчак А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти
м. Київ, Україна

Основним завданням у лікуванні переломів нижньої щелепи (НЩ) є відновлення її анатомічної форми і функції [1]. У більшості випадків це завдання вирішується шляхом проведення відкритої репозиції і функціонально-стабільного остеосинтезу, що вважають «золотим стандартом» у лікуванні цього виду травми [1-4]. На сьогодні доведено, що функціональні наслідки проведення ORIF у пацієнтів з переломами головки нижньої щелепи (ПГНЩ) (максимальне відкривання рота, протрузія та латеротрузія НЩ) є ймовірно кращими порівняно з консервативними методами [2-4]. Для лікування ПГНЩ нещодавно почали застосовувати методи інтраопераційної комп'ютерної навігації і CAD/CAM технології, зокрема, хірургічні шаблони, що полегшують реалізацію віртуального плану втручання та роблять його менш залежним від навичок і досвіду оператора [5].

Мета дослідження: провести оцінювання клінічної і функціональної ефективності застосування навігаційних шаблонів та пацієнтспецифічних фіксаторів у пацієнтів з ПГНЩ порівняно з традиційними методами остеосинтезу.

Матеріали дослідження. У дослідженні брали участь 37 пацієнтів із 48 ПГНЩ. Залежно від способу проведення остеосинтезу головки НЩ всіх пацієнтів було розподілено на 2 групи. У 1-ї групи – контрольній (19 пацієнтів, 23 переломи головки НЩ) репозицію та фіксацію уламків проводили за традиційною методикою. У пацієнтів 2-ї

групи (18 пацієнтів, 19 ПГНЩ) для репозиції уламків перед встановленням позиціонуючих гвинтів застосовували навігаційні хірургічні шаблони, а у випадку несприятливих багатоуламкових переломів – пацієнтоспецифічні титанові фіксатори, що самі виступали в ролі репозиційного шаблону. Для визначання функціонального стану жувальної системи всім пацієнтам перед оперативним втручанням та впродовж 1 і 3 міс після було проведено оцінювання індексу клінічної дисфункції (Di) за Helkimo. Для визначення характеру розподілу вибірки застосовували критерій перевірки нормальності Колмогорова-Смірнова. Статистичний аналіз отриманих даних передбачав розрахунок середніх величин, середньо-квадратичного відхилення, похибки середньої. Оцінювання вірогідності розбіжностей між показниками базувалося на використанні непараметричного критерію Мана-Уїтні.

Результати дослідження. Під час проведення інтегрального оцінювання відновлення функції СНЩС в термін 3 міс з використанням клінічного індексу дисфункції за Helkimo встановлено, що відсутність будь-яких функціональних порушень спостерігалася у 12,5 % пацієнтів основної та у 8,7 % контрольної груп, легкий ступінь дисфункції (Di I) – у 68,7 % основної та у 8,7 % контрольної груп, середній ступінь Di II – у 18,75 та 78,2 % відповідно, тяжкий ступінь дисфункції Di III – у 4 % пацієнтів контрольної групи. Середнє значення індексу Helkimo у пацієнтів основної групи було вірогідно нижчим ніж у контролі – $4,2 \pm 4,1$ проти $7,1 \pm 4,2$ ($p < 0,05$).

Висновки. Застосування навігаційних хірургічних шаблонів та пацієнтоспецифічних фіксаторів під час проведення відкритої репозиції та остеосинтезу у пацієнтів із ПГНЩ дозволяє поліпшити анатомічні і функціональні результати. Під час спостереження впродовж 3 міс ознаки дисфункції середнього і важкого ступеня в разі застосування CAD/CAM технології відзначалися рідше на 63,5%, аніж у контролі, а середнє значення індексу клінічної дисфункції (Di) за Helkimo було вірогідно меншим ($4,2 \pm 4,1$ проти $7,1 \pm 4,2$)

Література

1. Kolk A, Neff A. Long-term results of ORIF of condylar head fractures of the mandible: A prospective 5-year follow-up study of small-fragment positional-screw osteosynthesis (SFPSO). J Craniomaxillofac Surg. 2015; 43(4):452-461.
2. Eckelt U, Schneider M, Erasmus F, Gerlach KL, Kuhlisch E, et al. Open versus closed

treatment of fractures of the mandibular condylar process-a prospective randomized multi-centre study. J Craniomaxillofac Surg 2006; 34:306-14.

3. M. Hlawitschka, R. Loukota, U. Eckelt. Functional and radiological results of open and closed treatment of intracapsular (diacapitular) condylar fractures of the mandible. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2005; 34: 597–604
4. Chrcanovic BR. Open versus closed reduction: diacapitular fractures of the mandibular condyle. Oral Maxillofac Surg., 2012. – 16(3). – P. 257-265. doi:10.1007/s10006-012-0337-6
5. Shakya S, Zhang X, Liu L. Key points in surgical management of mandibular condylar fractures. Chin J Traumatol., 2020. – 23(2). – P. 63-70. doi:10.1016/j.cjtee.2019.08.006

ЗАСТОСУВАННЯ ФІБРИНУ, ЗБАГАЧЕНОГО ТРОМБОЦИТАМИ (А-PRF), ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ ЩЕЛЕП, ЩО НАГНОЇЛИСЯ

Панькевич А.І., Колісник І.А., Гоголь А.М.

Українська медична стоматологічна академія,
кафедра пропедевтики хірургічної стоматології,
м. Полтава, Україна

Із літературних джерел відомо, що одонтогенні кісти щелеп становлять приблизно 37,2% усієї хірургічної патології, спостерігаються в 50% пацієнтів, котрі звертаються по стоматологічну допомогу [1, 2]. Найчастіше в клінічній практиці хірурга-стоматолога трапляються радикальні кісти, які є результатом хронічного запального процесу в періапикальних тканинах. Тривалий, часто безсимптомний перебіг радикальних кіст призводить до поступової втрати кістки, а інколи і до залучення до патологічного вогнища інтактних сусідніх зубів. Можливість нагноєння, а інколи навіть малігнізація епітелію кіст [3] утруднюють як діагностику, так і лікування і можуть мати непередбачувані наслідки.

Серед методів лікування кіст найпоширенішими є оперативні втручання – цистотомія та цистектомія, однак ці методи не завжди спроможні забезпечити перебіг післяопераційного періоду без ускладнень і потребують тривалого часу для заміщення кісткового дефекту, особливо у разі великих кіст. Пришвидження репарації кістки із застосуванням остеотропних матеріалів у разі нагноєння кіст не завжди є виправданим, оскільки залишки оболонки або ж інфікована рана можуть призвести до контамінації та відторгнення трансплантату. У разі великих кіст із деструкцією кортикальної пластинки регенеративний потенціал кісткової тканини знижений, оскільки

проблема ушкодження внутрішньокісткових зон росту поєднується з остеопластичною неспроможністю ураженого періосту, а відновлення дефекту відбувається надто повільно.

Мета дослідження: порівняння ефективності лікування радикальних кіст щелеп, що нагноїлися, із застосуванням фібрину, збагаченого тромбоцитами (A-PRF), з традиційною методикою цистектомії.

Результати дослідження. Причиною вибору A-PRF для заміщення дефекту стало те, що субстрат, отриманий із крові пацієнта природним шляхом, містить фібрин, який виступає як депо факторів росту і «дозовано» виділяє їх упродовж мінімум 7 днів, що забезпечує пришивидження васкуляризації ділянки. Фібрин не потребує захисту від ротової рідини і на відміну від мембран його не потрібно нічим накривати, а присутність факторів росту кератиноцитів (KGF) сприяє швидшій епітелізації та захисту від інфікування. A-PRF містить більше лейкоцитів, які запускають асептичне запалення, що відбувається під час загоєння рани. Тобто процес загоєння відбувається фізіологічно. Фібрин у рані поступово трансформується в сполучну тканину, а не піддається резорбції.

Нами обстежено та проліковано 18 пацієнтів із радикальними кістами значних розмірів, що нагноїлися. Хворих поділили на 2 групи: 1-а – дослідна – 10 осіб, котрим виконували операцію цистектомії із застосуванням згустків A-PRF, 2-а – контрольна – 8 пацієнтів, котрим виконували операцію цистектомії і в яких загоєння рани відбувалося під кров'яним згустком.

Венозну кров брали в A-PRF пробірки в стерильних умовах із дотриманням правил асептики. За допомогою центрифуги A-PRF 12 (Франція) отримано згустки A-PRF, для заповнення кісткового дефекту.

Клініко-рентгенологічне оцінювання результатів здійснювали через 2, 6, 12 міс.

На ранньому етапі перебігу післяопераційного періоду відзначено швидшу епітелізацію та загоєння післяопераційної рани без ускладнень у пацієнтів дослідної групи, тоді як в одного пацієнта контрольної групи виникло нагноєння. Рентгенологічно уже через 2 міс в пацієнтів дослідної групи спостерігали ознаки мінералізації кісткової тканини та зменшення дефекту, в той час як у хворих контрольної групи значних змін не відбулося. Через 6 міс у пацієнтів дослідної групи спостерігали ознаки мінералізації та трабекулярної організа-

ції кісткової тканини, у пацієнтів контрольної групи виявляли неорганізовану структуру остеїда. Ознаки мінералізації в цих пацієнтів з'являлися лише через рік, тоді як у хворих дослідної групи кістка в зоні дефекту була повністю сформована і не відрізнялася від прилеглої тканини.

Висновки. На основі клініко-рентгенологічних досліджень встановлено вірогідне скорочення термінів відновлення кісткової тканини у пацієнтів з великими радикалярними кістами, що нагноїлися, завдяки застосуванню фібрину, збагаченого тромбоцитами.

Література

1. Бернадський Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. – К.: «Спалах». – 2003. – С. 367 – 385.
2. Губайдуллина Е.Л., Цегельник Л.Н., Лузина В.В. и др. Опыт лечения больных с обширными кистами челюстей// Стоматология, 2007 – N 3:51–53.
3. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. –320 с.

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗУ АЛЬВЕОЛЯРНОЇ КІСТКИ У ХВОРИХ НА ЗАПАЛЬНІ, ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНІ ТА ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА.

Печковський К.Є.¹, Несин О.Ф.¹, Печковська І.М.²

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра терапевтичної стоматології

² ПВНЗ «Київський медичний університет»,
кафедра ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Запальні, дистрофічно-запальні та дистрофічні захворювання пародонта (локалізований пародонтит, генералізований пародонтит, пародонтоз) супроводжуються прогресивною атрофією кістки альвеолярного відростка щелеп, що виражена різним ступенем і характеризується різною швидкістю розвитку. На ранніх стадіях атрофії в альвеолярній кістці виникають вогнища остеопорозу. Остеопороз може виникати вже при хронічних формах гінгівіту (катарального, гіпертрофічного, виразкового). Наслідком пізнього визначення осте-

опорозу є несвоечасний початок лікування захворювань пародонта і поступове прогресування дистрофічно-запального процесу в альвеолярній кістці. Раннє і точне виявлення остеопорозу альвеолярної кістки є основою діагностики захворювань пародонта і своєчасного ефективного лікування. Тому розробка і використання нових, більш інформативних алгоритмів діагностики, є актуальною проблемою.

Відомий алгоритм діагностики остеопорозу – це проведення ультразвукової денситометрії [1]. Істотним недоліком цього алгоритму є низька чутливість і специфічність, бо вимірювані показники кісткової тканини в нормі і в разі початкових проявів остеопорозу відрізняються лише на 1–2 %. Застосовують також алгоритм визначення остеопорозу альвеолярної кістки шляхом проведення ортопантомографії щелеп [2], але він має суттєвий недолік – низьку чутливість, яка дозволяє визначити остеопороз лише в доволі розвинених стадіях, коли ступінь втрати кісткової тканини сягає не менше 20–30 %. Відомим алгоритмом визначення остеопорозу щелеп є проведення прицільної рентгенографії щелеп [3]. Цей алгоритм більш чутливий, але має суттєвий недолік – остеопороз виявляють лише коли втрата кісткової тканини становить не менше 10–15% [2].

Мета роботи: розробити більш структурно-чутливий алгоритм діагностики остеопорозу альвеолярного відростка щелеп.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 128 пацієнтів віком від 18 до 65 років із запальними, дистрофічно-запальними та дистрофічними захворюваннями пародонта. Обстеження проводили за допомогою конусно-променевого комп'ютерного томографа.

Розроблений алгоритм діагностики остеопорозу альвеолярного відростка у хворих із запальними, дистрофічно-запальними та дистрофічними захворюваннями пародонта включає рентгенівське томографічне обстеження, проведення гістографічного аналізу апертурою квадратної форми, площею $0,4 \text{ мм}^2$, рентгенівської щільності кісткових структур пародонта і визначення початкових ознак остеопорозу пародонта в разі зменшення середньоарифметичної щільності компактної кістки менше $+1600 \text{ од.Х.}$ і губчастої кістки менше $+390 \text{ од.Х.}$ Алгоритм позбавлений зазначених недоліків відомих алгоритмів.

Результати дослідження. За відомим алгоритмом обстежено 128 пацієнтів віком 18–65 років із запальними, дистрофічно-запальними та дистрофічними захворюваннями пародонта. У 24 (18,75 %) із них діагностовано ранні прояви остеопорозу альвеолярного відростка. Із

104 пацієнтів, у яких не було рентгенологічних ознак остеопорозу, 58 пройшли томографічне обстеження за новим алгоритмом. Остеопороз альвеолярного відростка діагностовано у 37 (63,79%) пацієнтів.

Висновки. Новий алгоритм обстеження порівняно з відомими алгоритмами дає змогу значно підвищити чутливість діагностики остеопорозу альвеолярного відростка у пацієнтів із запальними, дистрофічно-запальними та дистрофічними захворюваннями пародонта. Алгоритм може бути використаний у радіологічних та стоматологічних закладах для діагностики остеопорозу у пацієнтів із запальними, дистрофічно-запальними та дистрофічними захворюваннями пародонта.

Література

1. Фліс О.В. Магнітотерапія та альфакальцидол у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту: Дис. ... канд. мед. наук / Національний Медичний університет імені О.О. Богомольця. – К., 2000. – 181 с.
2. Кухта С.Й., Бунь Ю.М., Кухта В.С. Класифікація хвороб порожнини рота та їх рентгенодіагностика. – Львів: Б. в., 2000. – С. 47.
3. Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Політун А.М. та співавт. Терапевтична стоматологія. – Том 3. – Захворювання пародонта. – К.: Медицина, 2008. – С.96.

КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА ТА СИСТЕМАТИЗАЦІЯ СКРЕНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКИХ ЛІКУВАЛИ З ПРИВОДУ ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ СУГЛОБОВОГО ВІДРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Погранична Х.Р., Огоновський Р.З., Мельничук Ю.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Львів, Україна

За повідомленнями вітчизняних та закордонних авторів, частота захворювань СНЩС серед дорослого населення коливається від 30 до 89 % [1, 2]. Аналіз літератури показав, що достовірних даних про скренево-нижньощелепні розлади посттравматичного характеру, зокрема, у пацієнтів після переломів нижньої щелепи, немає [3, 4].

Мета дослідження: комплексна діагностика та систематизація скренево-нижньощелепних розладів у пацієнтів, яких лікували з приводу травматичних переломів суглобового відростка нижньої щелепи.

Матеріали і методи. Упродовж 2015–2020 р. обстежено 64 пацієнта віком від 18 до 64 років, яких лікували у відділенні щелепно-лицьової хірургії КМКЛШМД з приводу переломів суглобового відростка нижньої щелепи. Усі пацієнти упродовж 3–6 місяців після виписки зі стаціонару скаржилися на біль у ділянці СНЩС. До клінічної карти обстеження було включено результати клініко-інструментального, рентгенологічного, КТ, МРТ, УЗД. Інтенсивність болю визначали за вербально-аналоговою шкалою (ВАШ). Розподіл пацієнтів на групи відбувався відповідно до діагнозу згідно з МКХ та за ураженням відповідно класифікації Wilkes (1989).

Результати дослідження. Залежно від ступеня ураження пацієнтів було поділено на три групи:

А (10) – пацієнти з важкістю ураження СНЩС, що відповідає діагнозу «синдром больової дисфункції K07.61, II стадія за Wilkes»;

В (40) – пацієнти з важкістю ураження СНЩС, що відповідає діагнозу «синдром больової дисфункції K07.61, III стадія за Wilkes»;

С (14) – пацієнти з важкістю ураження СНЩС, що відповідає діагнозу «синдром больової дисфункції B19.0, IV стадія за Wilkes».

За результатами опитування 90% (9) пацієнтів групи А відзначено помірний біль, один пацієнт больових відчуттів не мав. Під час опитування пацієнтів групи В на інтенсивний біль скаржилися 17,5% (7), помірний біль – 32,5 (13), складно було визначитися між помірним та інтенсивним болем 30% (12) пацієнтів, 17,5% (7) – надмірний біль. Обмежене відкривання рота та порушення артикуляції спостерігали у 93,75% (60 пацієнтів). Пальпація в ділянці СНЩС була болючою у 44 пацієнтів (68,75%): у групі А – 10% (1), у групі В – 80% (32), у групі С – 78,57% (11). Гіпертонус жувальних м'язів відзначали у 18 хворих (28,13%), коли найчастіше задіяні латеральні та медіальні крилоподібні м'язи. Суглобові шуми відзначали 100% пацієнтів.

Характерною особливістю МРТ СНЩС виявився високий відсоток ушкодження хрящової тканини суглобових поверхонь (81,25%). Зміщення суглобових дисків без репозиції виявлено у 60 (93,75%) пацієнтів, а в 11 (17,19%) виявлено збільшену кількість внутрішньосуглобової рідини у верхньому суглобовому просторі, перфорації мениска – у 18,75% пацієнтів.

Висновки. Переломи суглобових відростків нижньої щелепи супроводжуються розвитком скронево-нижньощелепних розладів

різного ступеня важкості в ранньому та пізньому післяопераційних періодах. Причини виникнення таких ускладнень потребують детального вивчення з метою їх запобігання, а також застосування методів своєчасної діагностики та комплексного лікування.

Література

1. Воловар О.С., Маланчук В.О., Крижанівська О.О. Використання препаратів гіалуронової кислоти для лікування хворих на остеоартроз скронево-нижньощелепного суглоба. – Український хіміотерапевтичний журнал, 2013. – № 3–4 (30):39–42.
2. Friedman S.N. Advanced Ultrasound Screening for Temporomandibular Joint Internal derangement. Radiology Research and Practice, 2020; 5:1–10.
3. Hunter D.J., Bierma Z.S. Osteoarthritis. Lancet, 2019; 393:1745–1759.
4. Tamimi D., Kocasarac H.D., Mardini S. Imaging of Temporomandibular Joint. Semin. Roentgenol, 2019; 54: 282–301.

ПОРУШЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ОСТЕОПЕНІЄЮ

Пюрик В.П.¹, Деркач Л.З.¹, Ярмошук І.Р.²

Івано-Франківський національний медичний університет,

¹ кафедра хірургічної стоматології,

² кафедра стоматології післядипломної освіти

м. Івано-Франківськ, Україна

Генералізований пародонтит – поширене захворювання, частота якого з віком збільшується і характеризується запальними і резорбційно-деструктивними процесами в тканинах пародонта [1, с. 66]. Серед численних чинників, що призводять до виникнення генералізованого пародонтиту, є остеопенія і остеопороз кісткової тканини щелеп [2, с. 12]. Вивчення взаємозв'язку між метаболічними порушеннями кісткової системи та захворюваннями пародонта має важливе значення для визначення ролі системних чинників регулювання кісткового метаболізму та обґрунтування фармакологічної корекції дистрофічно-деструктивних процесів у кістковій тканині [3, с. 29]. Оперативне лікування при захворюваннях пародонта є ефективнішим методом отримання стабільних позитивних результатів [4, с. 1].

Мета дослідження: підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит з остеопенією.

Матеріали і методи. Під час дослідження обстежено та проведено клінічне спостереження у 96 пацієнтів віком від 31 до 69 років. У досліджені не брали участь хворі із соматичними захворюваннями в стадії декомпенсації, злоякісними новоутвореннями, декомпенсованими формами цукрового діабету, інфекційними захворюваннями. Для оцінювання динаміки захворювання визначали структурно-функціональний стан кісткової тканини за допомогою маркерів метаболізму кісткової тканини – остеокальцину та дезоксипіридиноліну. Для оцінювання динаміки захворювання та ефективності лікування визначали структурно-функціональний стан кісткової тканини за допомогою комп'ютерного аналізу щільності кісткової тканини. Під час статистичної обробки отриманих результатів усі необхідні розрахунки виконували за допомогою методу варіаційної статистики з використанням прикладного пакету комп'ютерної програми медико-статистичних обчислень STATISTICA.

Результати дослідження. Проведений аналіз біохімічних досліджень порівнянню з нормою показав різницю в показниках щільності кісткової тканини. У нормі рівень остеокальцину становив $30,48 \pm 0,74$ нг/мл, дезоксипіридиноліну – $3,38 \pm 0,13$ н/моль. У хворих на генералізований пародонтит з остеопенією рівень остеокальцину становив $18,84 \pm 0,8$ нг/мл, а дезоксипіридиноліну – $6,32 \pm 0,34$ н/моль. Проведений аналіз щільності кісткової тканини порівняно з нормою показав різницю в показниках щільності кісткової тканини альвеолярного відростка верхньої щелепи та альвеолярної частини нижньої щелепи. Відзначали нерівномірність розподілу щільності кісткової тканини, а саме в медіальних відділах відростка щільність кісткової тканини була дещо меншою – $617,74 \pm 4,619$ од. Н. порівняно з нормою – $785,57 \pm 5,494$ од. Н. У дистальних відділах відзначали зменшення мінеральної щільності кістки до $625,32 \pm 6,636$ од. Н. у нормі та $386,75 \pm 1,553$ од. Н. у хворих на генералізований пародонтит з остеопенією. Суттєві зміни порівняно з нормою відбулися в ділянці альвеолярної частини нижньої щелепи та губчастої речовини ділянки підборіддя та тіла нижньої щелепи. Найщільнішою була ділянка підборіддя. Показники щільності цієї зони порівняно з нормою становили $798,35 \pm 4,455$ од. Н. Найбільші зміни відбулися в ділянці тіла нижньої щелепи: порівняно з нормою $381,55 \pm 0,829$ од. Н. відбулося суттєве зменшення щільності кістки до $186,71 \pm 1,553$ од. Н.

Висновки. Таким чином, стан мінералізації кісткової тканини свідчив про характерний для цього вікового періоду розвиток жувального апарату, що безпосередньо пов'язано зі зміцненням його кісткової тканини. З іншого боку, деяке зменшення мінеральної щільності в ділянці альвеолярного відростка верхньої щелепи, альвеолярної частини, губчастої речовини підборіддя та тіла нижньої щелепи зумовлене характерними для патології пародонта змінами кісткової тканини в поєднанні з порушенням загально-соматичного статусу, а саме наявності остеопенічного процесу як додаткового поглиблювального чинника, що призвів до втрати кісткової маси в цих ділянках.

Література

1. Мазур І.П. Применение ибандроновой кислоты в комплексном лечении при генерализованном пародонтите в стадии обострения / И.П. Мазур, П.В. Леоненко // Укр. мед. часопис, 2013. – №1. – С. 65–72.
2. Борисенко А.В. Біохімічне обґрунтування комплексного лікування генералізованого пародонтиту науковцями кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця / А.В. Борисенко // Стоматологія: от науки к практике, 2014. – № 1. – С. 12–20.
3. Патологічні процеси пародонту у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень / М.І. Гуменюк, І.П. Мазур, В.І. Ігнатєва [та ін.] // Астма та алергія, 2013. – № 3. – С. 28–34.
4. Георгієв Т.Д. Особливості хірургічного лікування генералізованого пародонтиту в осіб зі зниженням мінеральної щільності кісткової тканини: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: 14.01.22 / Т.Д. Георгієв. – Одеса, 2005. – 32с.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ФІБРОЗНОЇ ОСТЕОДИСПЛАЗІЇ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Пюрик В.П., Тарнавська Л.В., Домбрович С.В.

Івано-Франківський національний медичний університет,
Кафедра хірургічної стоматології
м. Івано-Франківськ, Україна

Фібозна дисплазія кісток – це хронічне захворювання скелету, яке характеризується поодинокими або множинними вогнищами уражень, у яких нормальна кісткова тканина замінюється фіброзною.

Розростання сполучної тканини призводить до деформації кістки і порушення функцій.

При фіброзній дисплазії кістки найчастіше уражуються довгі трубчасті кістки, але можлива і фіброзна дисплазія кісток черепа, тазу, ребер. Причини захворювання повністю не з'ясовано. Існує припущення, що це генетична схильність.

Вважають, що початок захворювання характеризується порушеннями у формуванні мезенхіми ще на ембріональному етапі [1].

Мета дослідження: правильна діагностика та ефективне лікування такої рідкісної недуги, як фіброзна дисплазія верхньої щелепи.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження була хвора М., 28 років, із діагнозом «фіброзна дисплазія верхньої щелепи ліворуч». Хвора звернулася зі скаргами на значну наростаючу асиметрію обличчя ліворуч. Ніяких інших скарг на запальні явища чи біль у щелепі не було; інколи турбував біль у лівому оці. З анамнезу захворювання відомо, що незначні зміни у конфігурації обличчя хвора стала спостерігати ще у 10-річному віці. Тоді ж батьки пацієнтки звернулася до лікувального закладу, де їй було проведено біопсію верхньої щелепи та підтверджено діагноз «фіброзна дисплазія верхньої щелепи ліворуч». Проте від лікування хвора відмовилася. Патологія наростала. Під час повторного звернення в клініку вже у віці 28 років в ході об'єктивного обстеження під час пальпації виявлено бугристість та деформацію верхньої щелепи ліворуч без ознак запалення прилеглих тканин, протрузію тканин у ділянці лівої верхньощелепної кістки. Із додаткових методів обстеження, а саме комп'ютерної томографії та рентгенологічного обстеження, стало відомо, що спостерігається дифузне розростання тіла верхньої щелепи ліворуч разом із альвеолярним відростком, вогнища просвітління чергуються з ділянками ущільнення, тобто патологічно змінена кісткова тканина має гетерогенну структуру; на знімку кістка має вигляд крапчастої, що є характерним рентгенологічним симптомом цього захворювання. Чітко видно деформацію верхньощелепної кістки, часткову облітерацію гайморової пазухи, корені зубів верхньої щелепи ліворуч розташовані в патологічно зміненій кістковій тканині. Патологічне утворення не виходить за межі медіальної стінки гайморової пазухи ліворуч та повністю виповнює її.

Результати дослідження. На підставі даних анамнезу, об'єктивного обстеження та додаткових методів обстеження, було поставлено діагноз «фіброзна дисплазія верхньої щелепи ліворуч, монооссальна форма». Пацієнтці виконано хірургічне видалення ураженої кістки,

призначено протизапальну терапію, вітамінотерапію тощо. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень.

Висновки. Проблематика діагностики рідкісних захворювань існує. Схожість симптомів зазвичай маскує фіброзну дисплазію, що надзвичайно утруднює встановлення діагнозу, а також призначення відповідного лікування. Це вимагає від лікарів максимальної обізнаності, уваги і здатності до аналізу.

Література

1. Дольницький О.В. Природжені вади розвитку. Основи діагностики та лікування / О.В. Дольницький. – К.: Бізнесполіграф, 2009. – С.516-523.

ЧАСТОТА ТКАНИННОЇ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО КІСТКОВОГО АНТИГЕНУ У ХВОРИХ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА ПРИ НЕРВОВІЙ АНОРЕКСІЇ

Решетник Л.Л., Антоненко М.Ю.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Інститут післядипломної освіти, кафедра стоматології
м Київ, Україна

Кількісна зміна орального мікробіому є ключовою парадигмою антигенної мікробної атаки на тканини пародонта. Змінений мікробний пейзаж потенційно провокує не тільки високий ступінь мікробної сенсибілізації і ендогенної інтоксикації організму, але і є ключовим тригером зміни адекватної, запрограмованої реакції імунної системи на антигенне навантаження в бік конфігурації нового формату імунної реакції, що призводить до конструювання аутоімунного компоненту в патогенезі генералізованого пародонтиту (ГП). В наукових роботах недостатньо сфокусована увага на особливостях ранньої діагностики ГП. У той же час вважаємо, що тільки рання діагностика може бути ефективним шляхом вторинної профілактики, що дозволяє попередити, уникнути або відстрочити проведення складних хірургічних, суперечливих ортопедичних втручань і, зрештою, запобігти або істотно сповільнити процес, що веде до ранньої втрати зубів.

Стандартні індикативні критерії стану альвеолярного відростка, наприклад, рівень кальцію, міді, стронцію у плазмі крові, кістково-специфічної лужної фосфатази, холестерину, триглицеридів сиро-

ватки крові, оксипроліну плазми крові, мінеральної щільності кістки є досить обтяжливими для пацієнтів, не є специфічними показниками, це ускладнює їхнє використання та обтяжує інтерпретацію отриманих даних. На нашу думку, визначення тканинної сенсibilізації до кісткового антигену може бути тією адекватною специфічною реакцією, яка могла б допомогти при ранній діагностиці ГП у хворих з нервовою анорексією (НА), яка являє собою серйозне захворювання порушення харчової поведінки у осіб молодого та працездатного віку і частота якого постійно зростає.

Мета роботи: вивчити частоту тканинної сенсibilізації до кісткового антигену як індикативного фактора змін в альвеолярному відростку при початковому ступені ГП у хворих з нервовою анорексією.

Матеріали і методи. Основна група – 70 пацієнтів (віком 19–35 років) з генералізованими захворюваннями пародонта (ГЗП) при НА, а саме: 13 хворих з генералізованим хронічним катаральним гінгівітом (ГХКГ) – підгрупа О1 та 57 пацієнтів з генералізованим пародонтизмом (ГП), початковим – II ступенем, хронічного перебігу – підгрупа О2. Порівняльна група – 59 пацієнтів аналогічного віку, рівноцінні за статтю, з ГЗП без НА, зокрема – 37 пацієнтів з ГХКГ (підгрупа П2) та 22 хворих з ГП, початкового – II ступеню, хронічного перебігу – підгрупа П2. Контрольну групу представили 30 осіб аналогічного віку та статі без клінічних ознак захворювань тканин пародонта. Захворювання внутрішніх органів і систем, включаючи кістково-суглобовий апарат, у цих обстежених були виключені.

Використовували клінічні, рентгенологічні, імунологічні та статистичні методи. Діагностику захворювання тканин пародонта проводили відповідно до класифікації Н.Ф. Данилевського (1994). Оцінку тканинної сенсibilізації до кісткового антигену визначали в реакції гальмування міграції лейкоцитів (РГМЛ). В реакції РГМЛ застосували водно-сольовий екстракт кісткової тканини групи 0 (I) Rh (D). Індекс міграції вираховували за формулою:

$$IM = \frac{(\text{площа міграції з антигеном})}{(\text{площа міграції без антигену})}$$

де IM, рівний 0,1–0,5, відповідав високому ступеню сенсibilізації. Облік реакції проводили через 24 години після забору крові.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили методами параметричної статистики з використанням стандартної програми STATISTICA 6.0.

Результати дослідження. Виражений ступінь тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену у осіб при ГП, початковому – I ступені, хронічного перебігу при НА спостерігався у $61,1 \pm 5,72\%$ хворих ($p < 0,01$) і тільки у $39,9 \pm 4,8\%$ обстежених був відмічений помірний ступінь сенсibiliзації до кісткового антигену. Різниці між даними щодо вираженої тканинної алергії до кісткового антигену у хворих з ГП, I–II ступенем, хронічного перебігу при НА та без базової патології не спостерігалось – $89,4 \pm 4,84\%$ та $85,8 \pm 5,74\%$ відповідно. Лише у 3-х хворих з ГХКГ при НА було виявлено виражений ступінь тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену. У хворих порівняльної групи в періоді ремісії ГКГ, а також у осіб в контрольній групі тканинна сенсibiliзація до кісткового антигену не встановлена.

Висновки. Встановлений виражений ступінь тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену у переважної більшості хворих на ГП початкового – I ступеня, з НА ($61,0 \pm 5,72$), що перебувають у прямій залежності від характеру перебігу, і може розглядатися як індикативний патогномонічний фактор у диференціальній діагностиці ГП, початкового – I ступеня та ГХКГ.

Наявність тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену можна розглядати як індикативний показник ранньої діагностики генералізованих захворювань тканин пародонта.

НАСЛІДКИ ШТУЧНОГО КОНТРАСТУВАННЯ ПРОТОК ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАРОТИТІ

Рибалов О.В.¹, Андриянова О.Ю.², Яценко П.І.¹, Правда А.В.¹

Українська медична стоматологічна академія,

¹ кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї

² Кафедра дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань
м. Полтава, Україна

Згідно з існуючими класифікаціями, серед усіх хронічних запальних неепідемічних захворювань слинних залоз виділяють інтерстиці-

альний, паренхіматозний процеси і сіалодохит. Ці позначення хронічного сіаладеніту чітко відображають характер змін у системі проток і паренхімі при запаленні залоз, що базується на результатах патоморфологічних досліджень. На жаль, у навчальній і методичній літературі немає достатньо доказових описів сіалографічних картин слинних залоз, уражених хронічним сіаладенітом.

Мета дослідження: аналіз сіалограм привушних залоз у пацієнтів з хронічним сіаладенітом.

Матеріали і методи дослідження. На диспансерному обліку перебувало 115 пацієнтів (93 жінки і 22 чоловіки) віком від 18 до 49 років. У 26 з них був хронічний інтерстиціальний паротит, у 72 – хронічний паренхіматозний, у 17 – хронічний сіалодохит. У фазі ремісії хронічного процесу здійснювалася сіалографія привушних залоз у двох проєкціях: прямій (нозолобна укладка) і бічній (профільній). Для штучного контрастування залози використовували модифікований нами препарат на основі тріомбразу.

Результати дослідження. За результатами аналізу клінічних проявів і сіалографії при всіх трьох формах хронічного паротиту необхідно виділяти ступінь тяжкості захворювання: легкий, середньої тяжкості, важкий. При інтестиціальному паротиті у пацієнтів з легким перебігом захворювання на сіалограмах зазначалося звуження протокових компонентів 3–5-го порядку. При тяжкості середнього ступеня відбувалося збільшення обсягу інтерстицію зі зменшенням розмірів проток 1–5-го порядку. При захворюванні важкого ступеня була залучена вся система проток, значне звуження основної протоки аж до явищ дохоспазму.

При хронічному паренхіматозному паротиті легкого ступеня сіалографічна картина мала дрібноектатичну (1–1,5 мм у діаметрі) форму. При паротиті середнього ступеня тяжкості на сіалограмах були множинні сіалектази розмірами від 2 до 3,5 мм. У разі важкого перебігу захворювання на сіалограмах були великі сіалектази розмірами понад 4 мм.

При хронічному сіалодохиті легкого ступеня спостерігали розширення поодиноких протокових комплексів 4–5-го порядку. При захворюванні середньої тяжкості на сіалограмах зазначалося розширення проток 1–5-го порядку по всьому залозистому комплексу. При важкій формі спостерігали значне розширення основної протоки і менше розширення проток 1–5-го порядку.

Висновки. Проведене оцінювання результатів сіалографії у пацієнтів з хронічним інтерстиціальним, паренхіматозним паротитом і сіалодохітом дає вірогідне уявлення про характер анатомічних порушень в ацинарній і протоковій системах залучених у патологічний процес слинних залоз і провести адекватне ефективне лікування.

THE ROLE OF ANNUAL PROPHYLACTIC EXAMINATIONS IN THE PREVENTION OF PERIODONTAL DISEASES

Ripetska O., Hrynovets V., Deneha I., Buchkovska A., Dovhanyk V.

Danylo Halytskyj National Medical University,
Department of Therapeutic Dentistry
Lviv, Ukraine

Annual prophylactic dental examinations in young patients are important task in the general medical health control system. They help to reveal not only the diseases of teeth but also periodontal diseases. It is also an important ethical problem to persuade young persons how important is to control the condition of oral health. In the Department of Therapeutic Dentistry of National Medical University in Lviv we practice preventive annual check-ups of the condition of students' oral health. Problems with teeth and the periodontium especially proved to be one of the reasons not only of bad state of health but also of the low level of the persons' self-confidence. The number of gingivitis and periodontitis in young patients highly increased in recent decades. That is why, revelation and early treatment of periodontal diseases is important clinical as well as the ethic problem [5]. Treatment of periodontal diseases in the initial and early stages prevents teeth loss in middle and older ages [1, 2, 3, 4].

Materials and methods. 65 patients of 16–29 years old were under the supervision. All the patients were thoroughly motivated for the prophylactic dental examination and the following treatment in the case of necessity. Among the examined patients – 32 were diagnosed generalized periodontitis of the 1–st stage of heaviness (the depth of periodontal pockets up to 3,5 mm), 5 patients – periodontitis of the 2-nd stage of heaviness (the depth of periodontal pockets 5–6 mm), 14 patients had chronic simple gingivitis, 14 persons – hypertrophic gingivitis. 10 healthy persons, 20–25 years old with intact periodontium formed the control group. The level

of inflammation in periodontal tissues has been estimated with bleeding index (Deneha, 1996) [4]. Gingival bleeding varies in severity, duration and the ease with which it is provoked. The severity of the bleeding depends upon the intensity of the inflammation.

Results. All the patients with periodontal diseases were given recommendations for the periodical clinical examination. Patients were persuaded to come for examinational check-ups. They have to be convinced by the doctor that the treatment of periodontal diseases in the initial and early stages prevents teeth loss in middle and older ages. During the planned examinations all patients are distributed in three main groups. Group one – healthy persons, without periodontal diseases – control visits once a year. Group two – patients with the high risk of periodontal diseases, local risk factors – malocclusions and general factors – somatic pathology and patients treated for periodontal diseases after the achievement of the process stabilization for one year in gingivitis and two years in periodontitis. Group three – patients treated for periodontal diseases. Subgroup A – patients with active processes being treated at present Subgroup B – patients which have finished the complex treatment of the disease achieving disease remission. The term remission means clinical improvement (absence of bleeding, periodontal pockets, normal gingival tissues but often with the gingival recession present after the treatment) and normalization of the bone structure. Patients in subgroup B have to come for examinational check-ups once a year in gingivitis, twice a year in periodontitis stage II and 3–4 times a year in periodontitis stage III. After the achieving of stable remission for one year in gingivitis and two years in periodontitis patients can be transformed from the group III B to the group II. Treatment of all three groups has its peculiarities. There are different problems in group three A, were patients were undergoing active treatment procedures and need constant support, understanding and sympathy of the doctor and group three B, in patients which have finished the complex treatment of the disease and must be more active themselves in following after – treatment regime and recommendations. The stress factor proved to be extremely significant in the cause of many human diseases including periodontal diseases. Periodontal treatment itself can be a stressful factor for the patient. In this situation the personality of the doctor, his (|her) attitude to the patient and the ability to support him in the long-term treatment of the periodontal disease are extremely valuable.

Conclusions. Annual prophylactic dental examinations in young patients are important task in the general medical health control system. They help to reveal not only diseases of teeth but also periodontal diseases. It is also an important ethical problem to persuade young persons in controlling the condition of oral health in annual preventive check-ups. Medical practitioner should be able to explain the necessity of each examination, being prescribe to the patient and discuss with the patient its results. Patient should feel himself not like a passive object during the treatment but take an active part in the process. Periodontal treatment itself can be a stressful factor for the patient.

References

1. Nitric oxide and bone / Rob J. Van't Hof & Stuart H. Ralston // *Immunology*, 2001.–№103.– P.– 255–261.
2. Аргинин в медицинской практике /Ю.Н. Степанов, И.Н. Кононов, А.И. Журбина, А.И. Филиппова // *Журн. Мед. наук Украины*, 2004.– №10 (2). – С 339–351.
3. Влияние профилактического комплекса, включающего локальные гигиенические средства “Sensodyne F” и “Parodontax F”, на активность NO-синтазы, содержание NO2 и NO3 в ротовой жидкости /Г. Белоклицкая, В. Саливан, В. Пахомова, О. Протункевич // *Современная стоматология*, 2007.– №1(37).– С 1–4.
4. Денага І.С. Інформативність індексу кровоточивості при пародонтиті /І.С. Деніга, С.Й. Кухта, В.С. Гриновець // *Актуальні проблеми стоматології*, 1996.– №13.– С. 13–15.
5. Mitchell L., Mitchell D.A. Oksfordzki Podręcznik Stomatologii Klinicznej // Wydawnictwo Naukowe PWN.– Warszawa, 1995.– 1075 p.

ЗАКОНОМІРНОСТІ ДИНАМІКИ ЩІЛЬНОСТІ ТА МІНЕРАЛЬНОГО СКЛАДУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРА НА ТЛІ ОПІОЇДНОГО ВПЛИВУ ТА ПІСЛЯ ЙОГО ВІДМІНИ

**Рудницька Х.І., Согуйко, Р.Р., Масна З.З., Масна-Чала О.З.,
Адамович О.П., Чалий Т.В., Коцаренко М.В.**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Львів, Україна

Дані офіційної медичної статистики і джерела наукової літератури свідчать, що вживання населенням препаратів знеболювальної дії нині набули значного поширення. При цьому застосування їх часто є необґрунтованим з медичної точки зору і призводить до структурних та функціональних змін в організмі, розвитку медикаментозної

або наркотичної залежності [2, 3, 5]. Результати численних експериментальних досліджень свідчать, що внаслідок тривалого вживання опіоїдів відбуваються значні зміни в структурі і функції різних органів, проте відомості про їхній вплив на кісткову тканину в науковій медичній літературі майже відсутні [1, 4, 6, 7].

Мета дослідження. Вивчити якісні зміни та динаміку мінерального складу кісткової тканини щура в разі тривалого впливу опіоїду.

Матеріали і методи. Дослідження виконано на 40 статевозрілих безпородних щурах-самцях з масою тіла 180–200 г віком 3,5 місяці. Опіоїдну залежність моделювали шляхом щоденного введення наркотичного анальгетика Налбуфін за такою схемою: 1-й тиждень – 8 мг/кг, 2-й тиждень – 15 мг/кг, 3-й тиждень – 20 мг/кг, 4-й тиждень – 25 мг/кг, 5-й тиждень – 30 мг/кг, 6-й тиждень – 35 мг/кг [8]. Контроль якості кісткової тканини коміркової ділянки нижньої щелепи здійснювали з використанням дентального радіовізіографа фірми Siemens з програмним забезпеченням Trophy Radiology. За одиницю виміру щільності тканин брали умовну одиницю сірості (УОС). Для визначення мінерального складу кісткової тканини використовували метод атомно-абсорбційного спектрального аналізу (ААСА). Визначали вміст кальцію, фосфору, магнію, натрію, калію, заліза, стронцію, цинку. Концентрацію елементів вказували у мг/г.

Результати дослідження. Показники щільності та мінеральний склад кісткової тканини нижньої щелепи щура на тлі 6-тижневого вживання препарату опіоїдної дії налбуфіну та після його відміни мають виражену динаміку, різну і характерну для кожного з досліджуваних показників. Упродовж двох тижнів вживання налбуфіну щільність кісткової тканини нижньої щелепи поступово зростає до кінця другого тижня експерименту, сягаючи максимального значення, на третьому тижні різко знижується, впродовж наступних двох тижнів незначно зростає і мінімально зменшується до кінця експерименту, залишаючись вище норми і після відміни препарату. Результати атомно-абсорбційного спектрального аналізу свідчать, що на тлі вживання налбуфіну абсолютні показники вмісту кальцію, фосфору, магнію, натрію, цинку та заліза зростають, залишаючись вище за норму і після його відміни; кількість калію зменшується і залишається нижчою за норму і після відміни налбуфіну, а кількість стронцію також зменшується, але мінімально, і після відміни налбуфіну має таке ж значення, як і в інтактних тварин.

Висновки. Тривале вживання налбуфіну спричинює розвиток кількісних та якісних змін у кістковій тканині, які зберігаються і після припинення вживання препарату.

Література

1. Bekesevych A, Zinko A, Popyk P, Pidvalna U, Mateshuk-Vatseba L. The effect of nalbuphine on ultrastructural organisation of capillaries. The 7th International Symposium of Clinical and Applied Anatomy: Book of abstracts (Bratislava, Slovakia, September 17-20, 2015). Comenius University in Faculty of Medicine Institute of Histology & Embryology ISCAA. 2015:111.
2. Brock C, Olesen SS, Olesen AE, Frokjaer JB, Andresen T, Drewes AM. Opioid-induced bowel dysfunction: pathophysiology and management. *Drugs*. 2012; 72(14):1847-1865.
3. da Costa Araújo F.A, de Santana Santos T, de Moraes H.H, Laureano Filho J.R, de Oliveira E, Silva E.D, et al. Comparative analysis of preemptive analgesic effect of tramadol chlorhydrate and nimesulide following third molar surgery. *J Craniomaxillofac Surg*. 2012;40(8):e346-e349. doi: 10.1016/j.jcms.2012.01.018.
4. Hresko N.I. Changes of colon angioarchitectonics under conditions of 2-4-week opioid effect in the experiment *Deutscher Wissenschaftsherold*. German Science Herald. 2017;(5):43-48.
5. Iero PT, Mulherin DR, Jensen O, Berry T, Danesi H, Razook SJ. A Prospective, Randomized, Open-Label Study Comparing an Opioid-Sparing Postsurgical Pain Management Protocol With and Without Liposomal Bupivacaine for Full-Arch Implant Surgery. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2018;33(5):1155-1164. doi: 10.11607/jomi.5938.
6. Mateshuk-Vatseba LR, Zinko AV. Ultrastructural organization of corpus callosum under the effect of nalbuphine in the experiment. *Actual Issues Of Morphology*. 2015;1:83-88.
7. Peculiarities of vascular tunic microstructure of the white rat eyeball under the effect of opioid // L. Mateshuk-Vatseba, U. Pidvalna, A. Kost / *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, 2015. – Vol. 56, № 3. – P. 1057-1062.
8. Онисько РМ, Пальтов ЄВ, Фік ВБ, Вільхова ІВ, Кривко ЮЯ, Якимів НЯ, винахідники; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, патентовласник. Спосіб моделювання фізичної опіоїдної залежності у щурів. Патент України № 76564. 2013 Січ 10.

CLINICAL ASPECTS OF PERIODONTAL TISSUE ADAPTATION TO OCCLUSION LOAD IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

Sergeieva A.V.¹, Timokhina T.O.¹, Khrol N.S.²

Bogomolets National Medical University,

¹ Department of therapeutic dentistry,

² Department of prosthetic dentistry

Kyiv, Ukraine

The pathogenesis of periodontal diseases is influenced by various host factors, including immune response, anatomical factors, and tissue structural factors.

Cytological and microscopic examination of periodontal pockets demonstrate the state of nonspecific local resistance of the periodontium tissues.

These are an informative, objective and diagnostic test that reflects the nature of the adaptive reaction and the level of periodontal reactivity.

Aim. What is the effect of traumatic occlusal forces on periodontal parameters such as microflora numbers in patients with chronic generalized periodontitis?

Materials and methods. Were studied 18 patients aged 18–35 years for generalized chronic periodontitis of primary and first stages and 9 patients of the same age were made up the control group in the Dental medical center of Bogomolets National Medical University.

Results. The results show that parodontopathogenic microflora expansion is followed by constant stress due to occlusal overload. In addition, the nature and numbers of microflora depend not only on the type of adaptive response, but also on the tissues' condition and the level of periodontal reactivity.

Examination of the microflora with an acceptable occlusal balance has shown pathogenic microflora (49.5 ± 4.2) in these areas.

At the same time the widespread, long, chronic occlusal loading (disorders of occlusive imbalance) illustrates the decrease of microflora numbers in a field of vision at microscopy of these sites (21.3 ± 3.7).

It should be noted that the nature and numbers of microflora depends not only on the type of adaptive response, but also on the level of local reactivity.

Thus, the patients with chronic inflammatory processes in the periodontium under high stress (occlusal imbalance, due to irrational prosthetics and / or fillings) are defined by reducing the number of pathogenic microflora in periodontal pockets (18.7 ± 1.8 ; $p < 0.01$).

Leukogram on the content of periodontal pockets in occlusal stress areas has shown a decrease in phagocytic amount (PI) – (up to 50%) and an increase in the number of neutrophils (PN) – (up to 42%; $p < 0.01$), monocytes (up to 12%) and a decrease in lymphocytes.

By the low levels of occlusive stress, nonspecific factors of immune reactivity increase due to PI (up to 19%; $p < 0.01$), also increased levels of lymphocytes (by 13.8%; $p < 0.01$) with quantity stabilization of neutrophils and monocytes.

Thus, it could be assumed that the leukocyte formula content of periodontal pockets reflects the changes in the local immune response of inflammation only with a simultaneous increase in the dose (strength) of stress of a special stimulus.

It is easy to conclude that occlusal stress primarily affects the level of local reactivity. When the reaction relating to periodontal tissues develops without the participation of occlusal overload (with occlusal balance), the level of reactivity is determined by measuring the number of PI, PN, lymphocytes, monocytes only.

The results of the study have shown a low level of reactivity in chronic periodontal inflammation, but these cases are usually accompanied by patients' complaints that is the primary reason for them to see a doctor.

With increasing stress due to occlusal traumatic forces there is a decrease of lymphocytes reactivity level in phases: first, an increase in their number under stress and then a decrease – with the activation of the effector phase of the immune response.

Conclusions. This way, cytological and microscopic examination of the contents of periodontal pockets under occlusal loads defines the stress as a nonspecific reaction to excessive force that leads to tissue damage and on the other hand it is defined as a physiological activation of anabolism that means alteration and inflammation as further steps.

References

1. Albandar, JM, Susin, C, Hughes, FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S183–S203.

2. Liebana, J.; Castillio, A.M., Alvares, M. (2004). Periodontal Diseases: Microbiological considerations. Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucat: Suppl, pp S 75–91.
3. Axelson, P., Nystrom, B., Lindhe J. (2004). The Long-term effect of a plague control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. // J. Clin. Periodontol., 31(9), pp 749–754.
4. Periodontal Screening and Recording Index – PSR. Ainamo et al. 1982, WHO, 1997.3 Barbe, AG, Javadian, S, Rott, T, et al. Objective masticatory efficiency and subjective quality of masticatory function among patients with periodontal disease. J. Clin. Periodontol., 2020; 47: 1344–1353.

ПСИХОПАТИЧНІ СТАНИ ПАЦІЄНТІВ ТА ЇХ СПЕЦИФІКА У СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ПАРОДОНТОЛОГА

Сергєєва І.Є.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна

Основою ятрогенної психічної травми пацієнтів є гострі або хронічні чинники, які стосуються лише конкретної людини, та принижують гідність особистості. До цих чинників належать висловлювання лікаря, які загрожують стану здоров'я пацієнта, що часом супроводжується психічними або фізичними стресами і навіть може спричинити невротичну реакцію.

Ці проблеми можуть виникати щодня на прийомі в лікаря-пародонтолога. Насамперед пацієнти з генералізованим пародонтитом – довгостроковим запальним процесом, відвідують стоматологічні заклади різного рівня. Захворювання супроводжується місцевими проявами запалення та естетичними деформаціями, що проявляється кровоточивістю ясен, набряклістю, рухливістю та зміщенням зубів, постійним неприємним запахом із порожнини рота.

Окрім місцевих проявів, у пацієнтів формуються неадекватні установки: тривожність очікування, пов'язана з видаленням зубів, дизартрією, канцерофобією, неспроможністю фізичної привабливості під час фізичних, сексуальних стосунків, можливістю інфікувати близьких людей тощо.

Перший контакт лікаря-пародонтолога триває в клініці зазвичай недовго, але упродовж цього часу йому потрібно розібратися з клінічною картиною та емоційним станом пацієнта (синдром болю,

безсонні ночі, дискомфорт, який виникає під час споживання їжі). Некомпетентність або недостатнє професійне лікування формує психопатичний стан пацієнта, змінює реактивність організму.

Насамперед виникає неврастенія на тлі хронічної психічної травми або психічного перенапруження.

У практиці стоматолога, окрім професійних фобій у пацієнта (страх перед бормашиною, біль, що виникає під час лікування, інфікування від інструмента, вигляд крові тощо) виникають неврозоподібні стани. Серед цієї групи станів потрібно враховувати розвиток астеничного синдрому. Найбільш характерними його ознаками є: дратівливість, підвищена втомлювальність, зниження уваги та працездатності, різке коливання настрою. При астенії у пацієнтів виникають різні психопатичні синдроми, фобії, іпохондричні та депресивні стани. У цьому випадку лікар-пародонтолог має направити пацієнта до сімейного лікаря та невролога згідно з принципом комплексного лікування. Таким чином, у стоматологічній практиці лікаря-пародонтолога потрібно орієнтуватися не лише на локальну симптоматику, а й на особливості характеру пацієнта як особистості. Це передбачає в перше відвідування визначити лікарем такі чинники:

1. Пацієнт – це людина, котра потребує до себе уваги та всебічного аналізу як особистість.
2. Будь-яке втручання, що передбачає благополуччя або поліпшення стану здоров'я, для пацієнта має першочергове значення.
3. Кожна людина володіє індивідуальною спроможністю реагувати своїми емоційними діями на навколишні реалії.
4. Поряд із «нормативними» характерологічними властивостями існують патохарактерологічні зміни, які потрібно вчасно враховувати під час прийому хворих із патологією пародонта.
5. Адекватний психокоригуючий підхід до хворих із патологією пародонта буде успішним, якщо пародонтолог володіє інформацією про супутній стан невротичних симптомів у цього пацієнта та диференціювати підходи до особливостей його характеру, що значно полегшує спілкування з пацієнтом і позбавить труднощів у комплексному лікуванні.

Висновки. Стоматолог-пародонтолог має враховувати психопатологічні прояви у хворих із генералізованим пародонтитом, вибирати

тактику спілкування та лікування, базуючися на принципах деонтології. Під час прийому лікаря у пацієнтів можуть виникати такі стани:

- А. Психози: ясність свідомості стосовно існуючих обставин і стану здоров'я, двосторонній продуктивний контакт, депресія, особливості поведінки (агресія). Тактика: консультації психоневролога.
- Б. Психопатія: порушення адекватної емоційної реакції на слово, інтенсивність болю, стан навколишніх обставин, конфліктність, агресивність. Тактика: індивідуальний підхід, вимогливість, яка поєднується з повагою, при ексцесах: парадоксальна поведінка (заспокоїливе лагідне звернення до пацієнта, можливий прийом поза чергою або більш уважне ставлення).
- В. Неврози: емоційна вегетативна лабільність, збільшення пітливості шкіри рук, обличчя, вазомоторні реакції, заклопотаність щодо свого стану здоров'я, фіксація своїх скарг. Тактика: загальна орієнтація на стан здоров'я, контроль артеріального тиску та пульсу, відволікати, коли з'являються симптоми фобії, переривчастість або припинення маніпуляцій, що пов'язані з виникненням болю, дати седативні рослинні засоби, після чого швидко закінчити маніпуляції.

Запропонований диференційний підхід дає змогу цілеспрямовано обстежити хворих із генералізованим пародонтитом і провести комплексне лікування.

Література

1. Стоименов Й.А., Стоименова М.Й., Коева П.Й., Психиатрический энциклопедический словарь. – К: «МАУП», 2003. – С. 572–915.
2. Аведикова А.С. Особенности психофармакотерапии больных с пограничными психическими расстройствами // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003–Т5, №3. – С. 13–17.
3. Лаутербах В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки. Психотерапия: от теории к практике // Материалы 1 съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. – СПб.: изд. Психотерапевтического института им. В.М. Бехтерева, 1995. – С. 28–41.

СТАТИСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДХОДІВ ДО ВИБОРУ СТОМАТОЛОГАМИ РІЗНИХ МЕТОДИК ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ЗУБІВ (АНАЛІЗ АНОНІМНОГО АНКЕТУВАННЯ)

Симоненко Р.В.¹, Тирса О.В.², Філоненко Т.В.¹

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

¹ кафедра ортопедичної стоматології,

² кафедра дитячої терапевтичної стоматології та

профілактики стоматологічних захворювань

м. Київ, Україна

Підвищену чутливість зубів спостерігають у пацієнтів майже всіх вікових груп і в більшості випадків як один із симптомів інших патологій. Ця патологія викликає фізичний і психологічний дискомфорт у пацієнта [1, 6]. Вона також пов'язана з індивідуальною переносимістю, фізичними і емоційними чинниками і безпосередньо впливає на стан гігієни порожнини рота [1–3]. Десенсибілізація зубів може стати першим кроком у процесі реабілітації пацієнтів з різними стоматологічними патологіями. Очевидно, що стоматологові потрібно добре знати активні інгредієнти засобів для десенсибілізації, механізми їхньої дії, переваги та показання до застосування. Сучасна стоматологія пропонує лікарю-практику великий вибір систем для десенсибілізації [1, 4, 5]. Але найчастіше стоматолог опиняється в скрутному становищі під час вибору засобу для десенсибілізації і фторування, оскільки потрапляє під вплив власних переконань і цінової політики. Виходячи з вищевикладеного, можна припустити, що вибір засобів стоматологом може стати вирішальним чинником для того, щоб отримати прогнозований результат і уникнути ускладнення [5, 6, 7].

Мета дослідження. Проаналізувати, яким системам для лікування гіперестезії віддають перевагу стоматологи залежно від клінічної ситуації. Визначити шляхи оптимізації роботи вітчизняних стоматологів-практиків у різних методиках десенсибілізації в населення великого промислового міста.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 148 стоматологів – терапевтів, ортопедів, ортодонтів і стоматологів загального прийоми м. Києва. Їм було запропоновано відповісти на питання спеціально розробленої анкети: «Як часто Вам доводиться стискатися в

повсякденній практиці з гіперестензією зубів?», «Якому протоколу обстеження Ви віддаєте перевагу?», «Якому методу лікування Ви віддаєте перевагу в повсякденній практиці для усунення гіперестезії зубів?», «Яку систему Ви використовуєте в повсякденній практиці для усунення гіперестезії зубів?», «Чи залежить Ваш вибір від конкретної клінічної ситуації?», «Чи підтримуєте Ви концепцію мінімальної інвазії і в чому це виражається на практиці?», «Звідки Ви отримуєте інформацію про новітні технології, матеріали і методики лікування?». Також нами було проаналізовано вік і стаж роботи фахівця.

Результати дослідження. За результатами опитування 148 стоматологів з'ясувалося, що під час вибору того чи іншого засобу на клінічну ситуацію орієнтуються (мають різнопланові засоби) 8,3 % опитаних; вибирають брендову продукцію, спираючись на рекламу або цінову політику фірм-виробників, 9,7 % опитаних; користуються тією продукцією, яка є в клініці, 35 % лікарів; зовсім не користуються продукцією 47 % опитаних. Унаслідок нашого опитування встановлено, що 61 % опитаних правильно поінформовані про методику застосування фторидів, 58 % – ремінералізуючих паст і 22 % – десенситайзерів. При цьому 59 % лікарів не знають, у чому різниця в застосуванні фторидів і десенситайзерів. 60 % стоматологів вважають «радикальний» протокол (девіталізацію) найефективнішим методом, 21 % – підтримують «концепцію мінімальної інвазії», так званий консервативний протокол (використовують десенсибілізацію для усунення гіперестезії) в повсякденній практиці, однак психосоматичний компонент при цьому симптомі відзначають 39 % опитаних. Аналізуючи вік опитаних фахівців, можна зробити висновок, що розуміють різницю механізму дії і користуються всіма засобами для ремінералізації 61 % лікарів віком від 27 до 38 років, 14 % – від 39 до 48 років, 18 % – від 49 до 58 років, і лише 7 % лікарів-стоматологів старше 60 років.

Висновки. Більшість стоматологів не використовують системний підхід до діагностики та лікування гіперестезії зубів. Найрезультативнішим лікуванням вони вважають протезування і девіталізацію таких зубів. Це свідчить про низький рівень поінформованості фахівців-практиків і певною мірою упередженість стосовно консервативних методів лікування. А галузь дослідження застосування засобів для усунення гіперестезії зубів вимагає до себе пильної уваги з боку вчених і стоматологів у зв'язку зі своєю надзвичайною актуальністю.

Щодо аспекту клінічного оцінювання десенситайзерів, то питання про теоретичне обґрунтування доцільності диференційованого підходу до вибору того чи іншого засобу залежно від клінічної ситуації має стати основним і більш широко висвітлюватися у вітчизняних спеціалізованих виданнях.

Література

1. Dowell P., Addy M. Dentine hypersensitivity a review. Aetiology. Symptoms and theories of pain production/J. Clin. Periodontology. 1983;10:341–350.
2. Maskurova U.V. Povushenie effektivnosti kompleksnogo lecheniy bolnuh s khronicheskim generalizovannym parodontitom na fone postoyannogo stressa. Dis. kan. med. nauk. – 2018; 135 [in Russian].
3. Kopchak O.V. Rospovsiudgenist I klinichni osoblyvosti perebigu giperestesiy dentinu pry zahvoriuvanniyh parodontu. Sovrem. stomatologiy. 2013; 5(69): 22–26 [in Ukrainian].
4. Arsenina O.I., Popova A.V., Gus L.A. The role of occlusal disorders in development of temporomandibular joint dysfunction. Stomatologia 2014; 93(6): 64–67 [in Russian].
5. Robinson C. et al. The effect of fluoride on the Developing Tooth // Caries Research, 2004.
6. Symonenko R.V. Effektivnost primeneniya Admira Protect (VOCO) dliya straneniya giperesteziy zubov, kak manifestatsiy pervogo shaga koordinirovannykh vmeshatelstv v process reabilitatsii pacientov s generalizovannymi bolezniymi parodonta. Suchasna stomatologiy. 2020; 1(100): 115–120 [in Ukrainian].
7. Symonenko R.V. Primeneniye pasty «Remin Pro» (VOCO) pry lechenii giperesteziy tverdykh tkaney zubov (kliniko-eksperimentalnoye issledovaniye). Sovrem. stomatologiy. 2016; 3: 7–11 [in Ukrainian].

PECULIARITIES OF EXAMINATION AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SKIN AND ORAL MUCOSA IN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

Skikevych M.G.¹, Mukovoz O.E.², Voloshyna L.I.¹

UMSA,

¹ Department of surgical dentistry and maxillofacial surgery with plastic and reconstructive head and neck surgery,

² Department of oncology
Poltava, Ukraine

Today, the problem of prevention and treatment of cancer is acute. More and more cases of malignant neoplasms are revealed every year. Oncology ranks 2–3 in the list of causes of death. Localization of tumors in the head and neck area is of paramount importance to dentists. In Ukraine, there is

a high mortality rate from malignant skin diseases, especially melanoma – every third patient dies. In the USA and Australia, the death rate from melanoma is 10–15%.

The situation is explained by the fact that patients at an early stage of the disease do not go to doctors. The tumor in the initial stage does not bother. When visiting a doctor, there is usually already ulceration and bleeding from the formation, which corresponds to advanced tumors. Early melanoma, like other malignant tumors, should be actively detected by doctors of all specialties. Tumors in many patients can be detected by examining the mucous membranes and outer skin integuments who have applied for various diseases [1].

For the purposes of early diagnosis, biopsy of dysplastic processes is widely used abroad. In most cases, biopsies are performed by general surgeons and dermatologists, and less commonly by oncologists.

Attention is drawn to the large percentage of detection of malignant tumors of the oral cavity and pharynx in stages III and IV, these are the so-called advanced forms of cancer with a poor prognosis. Any changes in the structure of the skin and mucous membranes of the maxillofacial localization require careful attention. Only by regularly observing the behavior of an education, for example, a nevus, can you notice its changes. Particularly noteworthy are nevi, which are often, and maybe regularly, injured on the face, neck and mouth. They grow rather quickly and intensively change their color.

The most effective method for early detection of skin melanomas is periodic self-examination by patients of their skin. The existing «alphabet of melanoma», which describes a number of signs of degeneration [2]. The letters of the Latin alphabet describe the clinical signs of dysplasia: A (asymmetry) – irregular shape, B (border) – uneven, wavy edges, C (color) – uneven color, D (diameter) – more than 0.4 cm, E (evolving) – change in the nevus. E is the main sign that indicates changes in a recently appeared or long-term dysplastic process. If at least one sign appears on the scale ABCDE, an oncologist's consultation is required.

The clinical signs of ABCDE are progressive dysplastic nevus and early melanoma. However, a dysplastic nevus has a smooth surface and does not rise above the skin level. If the pigment formation rises clinically and has signs of ABCDE, then in this case we always refer patients to the oncological dispensary.

The aim of the study is to confirm the feasibility of early removal of dysplastic processes of the oral mucosa and skin in patients with maxillofacial localization for the purpose of prevention and early diagnosis.

Materials and methods. In the maxillofacial department of the Regional Clinical Hospital in Poltava, from 2015 to 2020, all 889 skin and oral mucous membranes were removed. Patients were referred to the department by dental surgeons, dental therapists, therapists, dermatologists and other specialists of polyclinics. In case of clinically controversial issues, patients were consulted by a dentist, ENT, dermatologist and oncologist. An excisional biopsy was performed if there was an appropriate conclusion about the good quality of the process.

Results. Histological examination of the operating material revealed: papillomas – 150, nevi – 81, keratoacanthomas – 8, melanomas – 17, skin cancer – 53, Dubreya's melanosis – 1, rinophyme – 2, atheroma – 480, fibroma – 71, cutaneous horns – 5, fibromatosis of gums – 21.

Excision of injured nevi was performed under local anesthesia. A flap with subcutaneous tissue was removed to the fascia or to the muscle layer. They made an indent from the visible borders to 0.5 cm. Such an indent is considered sufficient for melanoma in situ. With pronounced signs, ABCDE retreated from the boundaries of the formation by 1 cm. This tactic allows you to avoid reoperation when a «thin» melanoma is detected.

Findings. In Ukraine, there is an insufficient detection of malignant tumors at an early stage in comparison with foreign countries. This situation indicates insufficient oncological alertness of dentists. Cytological examination and dermatoscopy were included in the mandatory examination protocols. The final diagnosis was established only after histological examination.

Excisional biopsy of dysplastic processes should become common place in the practice of a maxillofacial surgeon and oncologist. This will lead to an increase in the early diagnosis of precancerous diseases of the skin and mucous membranes, and will also help to reduce mortality from malignant tumors. When performing an excisional biopsy, we, like other authors, recommend deviating from the boundaries of the formation from 0.5 to 1.0 cm. It is impossible to clinically distinguish a progressive dysplastic process from an early stage of malignant formation of the skin and mucous membranes.

Literature

1. Романова О.А., Артемьева Н.Г. Хирургическая профилактика меланомы кожи// Онко-хирургия. 2013. N 3. С.12–18. <http://oncology.oncosurgery.ru/archive/2013/03/3.htm>.
2. Артамонова И.И., Малютина Е.В. Клинико-морфологические особенности невусов. Известия Российской Военномедицинской академии. 2019;1(S1):16–18.: <https://elibrary.ru/item.asp?id=38164229>.

ОЦІНЮВАННЯ НАПРЯМКІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ МАЛИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ М.ХАРКОВА

Слинько Ю.О.

Харківський національний медичний університет,
кафедра ортопедичної стоматології
м. Харків, Україна

Останні десятиріччя пов'язані бурхливим прогресом стоматологічних технологій і методів лікування основних стоматологічних захворювань. Проте поширеність карієсу зубів та хвороб пародонта залишається досі високою, що, безумовно, і призводить до виникнення дефектів зубних рядів (ДЗР) [1]. Тому одним із нагальних векторів професійної діяльності стоматологів є реабілітація пацієнтів з ДЗР, способи якої також удосконалюються і змінюються відповідно до вимог часу й самих пацієнтів. Безумовно, і на сьогодні залишаються затребуваними традиційні методи відновлення цілості зубних рядів (незнімні або знімні). Але всі вони потребують у тому чи іншому варіанті інвазивної підготовки зубів, яка пов'язана з незворотною втра-тою твердих тканин зубів [2]. Тому, враховуючи існуючі сьогодні стійкі тенденції в стоматології до максимального збереження унікальних природних структур, останнім десятиріччям акцент у заміщенні ДЗР все активніше зміщується в бік дентальної імплантації.

Мета дослідження: аналіз стану малих ДЗР дорослого населення м. Харкова для оцінювання перспектив реабілітації їх шляхом проведення етапів дентальної імплантації.

Матеріали і методи. Вивчення стану зубних рядів проведено на підставі аналізу ортопантомограм (ОПТГ) 1269 пацієнтів віком від 18 до 84 років, яких було направлено до діагностичного центру WDE (головний лікар – кандидатом з державного управління Н.М.

Удовиченко) для проведення скринінгового дослідження стану зубо-щелепного апарату з різних причин у період з травня 2017 року по травень 2019 року. Цифрову панорамну 2D-діагностику було виконано на дентальному комп'ютерному томографі п'ятого покоління Vereviewepocs 3D R100 (Morita, Japan). Загальну кількість первинного матеріалу було розподілено на 12 груп згідно з рекомендаціями ВООЗ (1988). Також пацієнти усіх вікових груп були однорідними за статтю ($p=0,37$, $p > 0,05$).

Показаннями до імплантації були наявність дефектів зубного ряду за умов обмеження інтактними або девітальними зубами з одного або обох боків та наявність дистально необмеженого дефекту [3]. До місцевих відносних протипоказань, які можуть бути діагностовані рентгенологічно, належали такі: недостатня кількість кісткової тканини; небезпечна відстань до анатомічно важливих структур; недостатня відстань між коренями сусідніх зубів та зубними дугами; аномалії прикусу та несприятливі міжщелепні співвідношення; ознаки бруксизму, патологічна стертість зубів; оклюзійні порушення, наявність кіст, доброякісних пухлин щелепної кістки; ретеновані зуби; пародонтит вираженого ступеня розвитку; несанована порожнина рота [3].

Результати дослідження. За результатами аналізу ОПГТ 1269 пацієнтів загальна кількість малих ДЗР становила 1913. Наявність зазначеного варіанта ДЗР було встановлено у 51,1% жінок (392 особи) та у 56,6% чоловіків (284 особи). Переважна кількість дефектів – 1552 (81,12%) були включеними (обмеженими), а кінцевих було менше в 4,29 разу – 361 (18,87%) ($p < 0,05$).

Показання до імплантації було встановлено у 81,70% випадків (у 54,89 % жінок та в 45,10% чоловіків). Так, ДЗР за умови наявності інтактних сусідніх зубів було 611 (31,93%), серед них 315 – у жінок, а 296 – у чоловіків ($p > 0,05$). Дефектів, що обмежені з одного боку інтактним зубом, а з іншого – девітальним, було 381 (19,91%) (205 – у жінок і 176 – у чоловіків). Обмеження девітальними зубами з обох боків зафіксовано у 213 випадках (11,13%) – 123 у жінок та 90 у чоловіків. Наявність дистально необмежених (кінцевих) дефектів було встановлено в 358 випадках (18,71%) (215 у жінок та 143 – у чоловіків). У разі порівняння топографічної приналежності дистально необмежених малих ДЗР встановлено статистично значущу різницю за критерієм χ^2 між верхньою та нижньою щелепами ($p=0,000002$) на користь ниж-

нюї (в 1,5 разу більше за верхню). Це має особливе значення через те, що заміщення таких дефектів на нижній щелепі в традиційний спосіб має більше перешкод та нижчу результативність як за об'єктивними, так і за суб'єктивними критеріями порівняно з верхньою щелепою.

Місцевих відносних протипоказань до проведення імплантації було значно менше – 350 випадків (18,29%) (у 56,0 % жінок та у 44,0% чоловіків). Серед відносних місцевих протипоказань провідні позиції належали горизонтальному/вертикальному переміщенню зубів, що зумовлює несприятливі міжщелепні співвідношення через розвиток деформацій прикусу (215 випадків, 61,42%), та несприятливий відстані до верхньощелепної пазухи (63 випадки, 18,0 %).

Висновки. Проведений аналіз ОПТГ жителів м. Харкова дав змогу оцінити стан малих ДЗР з позицій показань та протипоказань до проведення дентальної імплантації, що може бути корисним для планування вектору надання стоматологічної допомоги в даному регіоні.

Література

1. Возний О.В., Германчук С.М., Струк В.І., Біда В.І., Погоріла А.В. Стан і перспективи розвитку стоматологічної допомоги населенню України. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки і практики. 2019. – №2 (30). – С. 228–234.
2. Короткая А.Р. Особенности ортопедического протезирования металлокерамическими конструкциями. Научное обозрение. Медицинские науки. 2017. – № 3. – С. 35–38. URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=991>
3. Неспрядько В.П., Куц П.В. Дентальна імплантологія. Основи теорії та практики. – Харків: Контраст, 2009. – 292 с.

ЗМІНИ РЕОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КРОВІ ПІСЛЯ РОЗКРИТТЯ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Стебловський Д.В., Бондаренко В.В., Локес К.П., Кудря А.І.

Українська медична стоматологічна академія,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною
та реконструктивною хірургією голови та шиї
м. Полтава, Україна

Мета дослідження. Лікування флегмон щелепно-лицевої ділянки має бути комплексним [1, 2]. До нинішнього часу поєднання хірургічного втручання та призначення консервативної терапії є оптималь-

ним [3]. Порушення мікроциркуляторного русла, що відбуваються в тканинах щелепно-лицевої ділянки, є провідними як на початку патологічного процесу, так і під час розвитку всього захворювання. До патологічних процесів у тканинах при запаленні призводить висока агрегація еритроцитів, що стає провідною ланкою розладів мікроциркуляції [1, 3]. Останніми роками з'явилися наукові праці, в яких вивчалася мікроциркуляція крові при флегмонах щелепно-лицевої ділянки [2, 3].

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети і рзв'язання основних завдань у дослідження було включено 40 пацієнтів, з яких сформовано дві групи спостережень (чоловіки – 24, жінки – 16 віком від 25 до 55 років). Пацієнти перебували на лікуванні в щелепно-лицевому відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні. У 1-у групу дослідження увійшли пацієнти, в лікуванні яких застосовували традиційну схему призначення препаратів. У 2-у групу увійшли пацієнти, яким у комплексній терапії застосовували розчин ксилату внутрішньовенно, крапельно по 400 мл щодня. На курс лікування 1500 мл.

Враховуючи те, що при гнійно-запальних процесах може виникнути системна реакція організму з дисфункцією життєво важливих органів, для оцінювання функції печінки та нирок відстежували показники білка в сироватці крові. Підвищення С-реактивного білка характерно для гострих запальних процесів. Загальний білок сироватки крові досліджували методом біуретової реакції на 1, 3,7-у добу після операції. Білкові фракції визначали в ті самі терміни за допомогою електрофорезу на плівках з ацетату целюлози. С-реактивний білок визначали методом кільцепреципітації в капілярах. У хворих із гнійно-запальними процесами щелепно-лицевої ділянки в разі наростання набряку та гіперемії відбувалися зміни гемічних показників. В аналізі крові спостерігали лейкоцитоз - $18,72 \pm 0,23 \times 10^9 / л$, нейтрофільний зсув ліворуч до паличкоядерних форм ($7,63 \pm 0,52\%$), кількість лімфоцитів у цей період становила $12,85 \pm 1,5\%$. Відзначали збільшену швидкість осідання еритроцитів ($17,27 \pm 1,29$ мм / год) і відповідне збільшення лейкоцитарного індексу інтоксикації до $2,21 \pm 0,20$. Зміни гемограми свідчать про суттєві зміни в лейкограмі і ШОЕ у хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки. Істинний лейкоцитоз є захисною реакцією організму на впровадження інфекції і ендогенну інтоксикацію. Під час біохімічного дослідження крові виявлено

загальний білок кількість якого становила $57,3 \pm 1,7$ г / л, на 7-у добу лікування – $69,8 \pm 1,3$ г / л. Відзначено появу в сироватці крові С-реактивного білка ($86,4 \pm 1,4$), на 7-у добу лікування – $48 \pm 1,6$ г / л, який, як відомо, є маркером запального процесу в організмі. А підвищення показників загального білірубіну і сечовини крові свідчить про наявність інтоксикаційного синдрому у хворих цієї групи з флегмонами щелепно-лицевої ділянки.

Висновки. Аналіз отриманих результатів переконує в тому, що включення ксилату під час комплексного лікування флегмон щелепно-лицевої ділянки дає змогу в короткі терміни знизити інтенсивність запального процесу, відновити білоксинтезуючу функцію печінки, скоротити терміни лікування хворих. Це дає змогу рекомендувати застосування ксилату в комплексній терапії флегмони щелепно-лицевої ділянки.

Література

1. Аветіков Д.С., Ву В'єт Куонг, Кравченко С.Б. Перспектива застосування нанокапсул фосфатиди холіну в комплексному лікуванні одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки. III з'їзд Української Асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів: Матеріали з'їзду. 2013. – С.88–91.
2. Аветіков Д.С., Яценко І.В., Ву В'єт Куонг. Обоснование применения препарата «Липин» в комплексном лечении одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области. Стоматология славянских государств: Междунар. науч.-практ. конф. Белгород. 2013. – С.11–13.
3. Steblovskiy DV, Avetkov DS, Lokes KP, Popovich IY, Boychenko ON. Deformation properties of mastoid area skin. New armenian medical journal.2018.T. 12.№.4:36–42.

CARIES VACCINE: PERSPECTIVES OF CREATION

Strochenko Ye.O.

Odesa national medical university, Department of therapeutic dentistry
Odesa, Ukraine

The main dental diseases in general, and dental caries in particular, are considered manageable and can be prevented, but their prevalence is increasing from year to year. At the present stage, the system of prevention of dental diseases is becoming increasingly important. Carrying out preventive measures for major dental diseases should be aimed, on the one

hand, at eliminating etiological factors, and on the other hand, at increasing the resistance of hard and soft tissues of teeth and oral cavity, the body's resistance to adverse factors. The most common concepts of the etiology and pathogenesis of dental caries and periodontal tissue diseases indicate a direct relationship with bacterial status, oral hygiene and the level of body resistance.

One of the modern trends in the disease management is caries vaccine. Jia et al stated that enhancement of mucosal and systemic immune responses is still a challenge for the application of DNA vaccine [2].

As it is known, streptococcus mutans is the main cause of dental caries. Through adhesion, it attaches to the dental pellicle and breaks down sugars for energy to produce lactic acid, causing an acidic environment around the tooth. As a result, demineralization of the enamel and, subsequently, the dentin occurs. Factors involved in the dental caries process include the tooth, bacteria in the form of a dental plaque, and a diet containing sugar. The quantity, quality, and frequency of sugar intake have a definitive influence on the incidence and prevalence of caries [1].

Culshaw et al in their study showed that Mutans streptococcal glucosyltransferases (GTF) have been demonstrated to be effective components of dental caries vaccines. Thus, the authors identified a peptide with projected avid Major Histo Compatibility-binding activity that elicited immunoreactivity with native GTF and demonstrated protection against dental caries infection after immunization, implying that this peptide may be important in a subunit dental caries vaccine [3–5].

However, none of these vaccines have appeared on the market thus far due to difficulty in inducing and maintaining high levels of antibodies in oral fluids; research is still ongoing for clinical applications [1].

References

1. Lee Y. Diagnosis and Prevention Strategies for Dental Caries. *J Lifestyle Med.* 2013; 3(2). P. 107–109.
2. Jia R, Guo J.H., Fan M.W., Bian Z., Chen Z., Fan B., Yu F., Xu Q.A. Immunogenicity of CTLA4 fusion anti-caries DNA vaccine in rabbits and monkeys. *Vaccine.* 2006 Jun 12; 24(24). P. 5192–5200.
3. Culshaw S., Larosa K., Tolani H., Han X., Eastcott J.W., Smith D.J., Taubman M.A. Immunogenic and protective potential of mutans streptococcal glucosyltransferase peptide constructs selected by major histocompatibility complex class II allele binding. *Infect Immun.* 2007. Feb; 75(2). P. 915–923.

4. Shanmugam K.T., Masthan K.M.K., Balachander N., Jimson S., Sarangarajan R. Dental caries vaccine – a possible option? J Clin Diagn Res. 2013; 7. P.1250–1253.
5. Smith D.J. Prospects in caries vaccine development. J Dent Res. 2012; 91. P. 225–226.

ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ОЗНАК У ПРОЦЕСІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ХВОРИХ З ПІДОЗРОЮ НА СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНІ РОЗЛАДИ

Телішевська У.Д., Телішевська О.Д., Михайлович М.Ю.

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

У сучасній стоматології скронево-нижньощелепні розлади (СНР) за частотою посідають третє місце серед усіх стоматологічних хвороб після карієсу, його ускладнень та патології пародонта. Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених діагностиці та лікуванню цих розладів, єдину стратегію серед дослідників досі не визначено [1, 2].

Ускладнює визначення лікарями-практиками уявлень про етіологію і патогенез СНР і той факт, що інформація про чинники розвитку цих захворювань носять суперечливий характер, відсутня спільна думка щодо результатів вивчення цієї проблеми, а представлені в різних публікаціях дані зазвичай неоднозначні і навіть суперечливі [6].

Питання етіології та патогенезу СНР залишається поки що не зрозумілим, тому пошук шляхів лікування при цій патології часто є складним, адже розуміння етіології СНР є надзвичайно важливим у розпізнаванні і усуненні потенційних патологічних чинників [3].

Знання поліетіологічності та різноманітності клінічних маніфестацій дасть змогу досвідченому спеціалістові відрізнити СНР від схожих на нього захворювань, встановити причину, призначити адекватне лікування чи направити пацієнта до відповідного спеціаліста [4, 5].

Мета дослідження. Визначити клінічні діагностичні критерії та їх значення у диференціальній діагностиці СНР та хвороб, що їх можуть імітувати.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували 178 осіб з підозрою на СНР. Усім означеним особам проведено комплексне обстеження, що включало ретельний збір скарг і анамнезу, клінічне

обстеження із застосуванням Гамбургського протоколу, протоколу за Helkimo, дослідження функції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) та оцінювання оклюзійних співвідношень. Додаткові методи включали панорамну рентгенографію та зонографію, ультразвукову діагностику стану СНЩС та жувальних м'язів, за показами – конусно-променеву та магнітно-резонансну томографію.

Результати дослідження. Виявлено, що обмежене відкривання рота (менше ніж на 4 см) було найбільш характерним симптомом у підгрупі осіб з артрогенними (35,1% з артрогенними проти 7,1% групи порівняння; $p < 0,01$) та міогенними (18,8% з міогенними проти 7,1% групи порівняння, $p < 0,05$) розладами. Для комбінованих розладів цей показник був статистично невірогідним ($p > 0,05$). Збільшення відкривання рота (більше ніж на 5 см) за порівнянням осіб основної групи та осіб групи порівняння було статистично не вірогідним (20,0% проти 25,0%; $p > 0,05$). Визначено, що такий симптом як девіація (праворуч та ліворуч) для підгрупи «артрогенні розлади» становив 40,7 % проти 17,9% групи порівняння ($p < 0,05$), для підгрупи «міогенні розлади» – 25,0% проти 17,9% групи порівняння ($p > 0,05$), для групи «комбіновані розлади» – 42,3% проти 17,9% ($p < 0,05$). За показником дефлекція (праворуч і ліворуч) частка осіб з артрогенними розладами із цим симптомом становила 74,3% проти 7,1% групи порівняння ($p < 0,01$). Для міогенних розладів цей показник виявився не вірогідним (6,25% проти 7,1%; $p > 0,05$), а для комбінованих розладів становив 15,4% проти 7,1% групи порівняння ($p < 0,05$).

Отже, результатом дослідження визначено і підтверджено важливість ретельного клінічного обстеження хворих із підозрою на СНР, що дає змогу саме на цьому етапі здійснити попередню диференціальну діагностику між справжнім СНР і хворобами, що імітують його, або поставити під сумнів його наявність.

Висновки. 3-поміж хворих із підтвердженими СНР виявлено низку клінічних симптомів, які є статистично підтвердженими порівняно з особами, в яких визначені хвороби, що імітують СНР, або цей діагноз було відхилено.

Література

1. Slavichek R. Zhevatel'nyj organ. Funkcii i disfunkcii. M., SPb., K., Almaty; Vil'njus; 2008. 544 p. [In Russian].

2. Makieiev V.F. Suchasni tendentsii likuvannia skronevo-nyzhnoshchelepnykh rozladiv. Novyny stomatolohii. – 2018. №2 (95): 14–7. [In Ukrainian].
3. Andrea M.C., Picos A.M., Popa S., Chisnou P.D., Lascu L., Picos A., et al. Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders – a literature review. Clujul Medical. 2015. 88; 4 :473–8.
4. Novikov V.M., Shtefan A.V. Diagnostika patologii visochno-nizhnecheljustnogo sustava okkluzionnogo reneza. Visnik problem biologii i medicini. 2014. 2; 2 (108) : 50. [In Russian].
5. Makieiev V.F., Telishevskia U.D., Shybinskyi V.Y., Telishevskia O.D., Kulichenko R.V. Skronevo-nyzhnoshchelepni rozlady. Monohrafiya; Lviv; Kvart; 2018. 404 p. [In Ukrainian].
6. Kutsevlyak V. I., Boyan A. M. Sistematizatsiya etiopatogeneticheskikh faktorov razvitiya myishechno-sustavnoy disfunktsii visochno-nizhnecheljustnogo sustava // Scientific Journal "ScienceRise: Medical Science". – 2018. #6(26) – S.62–67 [In Russian].

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ СКРНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ ТА МОНІТОРИНГУ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Телішевська У.Д., Телішевська О.Д., Слободян Р.В.

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

На сьогодні застосування методу ультразвукової діагностики (УСГ) в діагностиці скрнево-нижньощелепних розладів (СНЩР) в багатьох країнах не є поширеним. Багаторічний досвід застосування УСГ в медицині, його безпечність та відтворюваність змушують задуматися над упровадженням його і в стоматологічну практику. Окрім доступності та безпечності, його великою перевагою є можливість обстеження в динаміці, тобто під час функції. У Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького протягом 20 років застосовують ультразвукову діагностику в менеджменті пацієнтів із СНР. Наведений клінічний випадок, демонструє актуальність та обсяг діагностичної інформації, отриманих під час УСГ, та підтвердження і уточнення їх з використанням магнітно-резонансної томографії (МРТ). У літературі метод МРТ описано як «золотий стандарт». Проте автори стверджують, що, враховуючи переваги, УСГ можна вважати альтернативним методом діагностики СНР.

Опис клінічного випадку. Пацієнтка П., 45 років, скаржиться на біль у привушній ділянці ліворуч у спокої та під час жування. З ана-

мнезу: черепно-мозкова травма в лобовій ділянці праворуч, лістез у шийному відділі хребта, багатовузловий зоб, початкові ознаки артрозу обох колінних суглобів, гіпотонія, мігрень. Клінічний огляд: незначна асиметрія обличчя внаслідок зменшеного лівого боку, ослаблений тонус жувальних м'язів, відкривання рота 38 мм, траєкторія – різка дефлексія ліворуч, акустичні явища відсутні, біль у привушній ділянці ліворуч під час відкривання рота та протрузії, провокаційний компресійний тест СНЩС позитивний ліворуч. У порожнині рота: слизова оболонка та тканини пародонта без особливостей, дефекти зубного ряду нижньої щелепи з відсутністю 36 та 46 зубів. Оцінювання оклюзійних співвідношень: у фронтальній ділянці ознаки ортогнатичного співвідношення, у бічних ділянках 16 та 26 зуби розташовані нижче від оклюзійної площини. З додаткових обстежень: дві ортопантомограми та УСГ СНЩС і жувальних м'язів. Висновок УСГ: зміщення суглобового диска лівого СНЩС допереду без редукції. Початкові дегенеративні зміни головки лівого СНЩС. Для уточнення діагнозу призначено МРТ СНЩС при закритому та відкритому роті та в динаміці. Висновок МРТ: передня дислокація диска лівого СНЩС; вторинні прояви остеоартриту лівого СНЩС з випотом у суглобову порожнину, реактивні зміни лівого латерального крилоподібного м'яза.

Результати дослідження. При ретельному співставленні результатів клінічного огляду і результатів додаткового дослідження виявлено ознаки деформуючого артрозу лівого СНЩС в стадії загострення. Під час огляду МРТ головного мозку за 2013 рік виявлено, що деформація суглобової головки була ще тоді. Пацієнтку направлено на додаткові консультації до ревматолога та стоматолога-терапевта. Після курсу медикаментозної терапії, призначеної ревматологом та ендокринологом, пацієнтці виготовлено стабілізаційну капу на нижню щелепу. Клінічна картина через 2 міс користування капою та регулярних її корекцій: відкривання рота 50 мм, траєкторія руху нормальна, дискомфорт під час відривання рота немає, реакція на провокаційний компресійний тест СНЩС відсутня.

Отже, метод УСГ є достатню чутливим і специфічним. Привертає увагу факт якісного оцінювання стану субхондрально-хрящового комплексу та початкових дегенеративних змін суглобової головки за допомогою УСГ, що може застосовуватися для уточнення діагнозу в пацієнтів, яким протипоказана МРТ. Обсяг діагностичної інформа-

ції, отриманої внаслідок УСГ, є достатнім і повністю задовольняє потреби первинної діагностики. У складних клінічних випадках та для уточнення діагнозу застосовують КТ та МРТ.

Висновки. МРТ є визнаним «золотим стандартом» у діагностиці СНР. Однак, незважаючи на відсутність достатньої кількості наукових досліджень, ультрасонографія задовольняє потреби первинної діагностики. Поєднання її з одним із променевих методів діагностики дає вичерпну картину стану структур СНЩС. Особливою перевагою УСГ над усіма іншими методами є проведення процедури в динаміці і в реальному часі, що дає унікальні дані про функцію суглобів. Її базове застосування під час первинного обстеження спонукає лікаря до подальшої діагностики та додаткових консультацій. Відсутність шкоди для пацієнта дозволяє застосовувати даний метод для моніторингу лікування.

Література

1. Manfredini D, Guarda-Nardini L. Ultrasonography of the temporomandibular joint: a literature review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38(12):1229–236.
2. Макеев В. Ф. Ультрасонографія скронево-нижньощелепного суглоба. Перший досвід візуалізації в Україні/Кучер А. Р., Риберт Ю. О., Жизномирська О. О. // Новини стоматології, 2013. – № 2. – С. 62–66.
3. Скронево-нижньощелепні розлади / Макеев В. Ф., Телішевська У. Д., Шибінський В. Я., Телішевська О. Д., Кулінченко Р. В., Львів. Нац. Мед. Ун-т імені Данила Галицького. – Львів: Кварт, 2018. – 400 с.
4. S.C.White, M.J. Pharoah. *Radiologia Stomatologiczna.*-Lublin: Wyd. CZELEJ Sp.z.o.o. - 2002. - s. 658.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ДВОКОМПОНЕНТНИХ ПАЦІЄНТСПЕЦИФІЧНИХ ЕНДОПРОТЕЗІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Терлецький Р.О., Чепурний Ю.В., Копчак А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти
м. Київ, Україна

Незважаючи на значні досягнення останніх років, лікування дегенеративних захворювань скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) продовжує залишатися актуальною проблемою щелепно-лицевої хірургії. Одним з основних методів лікування на пізніх стадіях є повна заміна суглоба на штучну конструкцію – ендопротез.

З розвитком цифрових технологій (CAD/CAM) у клінічній практиці все частіше перевагу надають індивідуальним рішенням (навігаційним шаблонам, пацієнтоспецифічним імплантатам та ендопротезам) навідміну від стандартизованих конструкцій.

Мета роботи: провести клінічне і рентгенологічне оцінювання віддалених результатів лікування пацієнтів з дегенеративними захворюваннями СНЩС, яким проводили заміщення суглоба з використанням пацієнтспецифічних двокомпонентних ендопротезів.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 15 пацієнтів (12 жінок і 3 чоловіки) віком від 17 до 54 років, які проходили лікування на базі Центру щелепно-лицевої хірургії та стоматології Київської обласної клінічної лікарні з 2015 по 2020 рік. Причиною заміни 19 СНЩС у 8 пацієнтів був кістковий анкілоз (у двох випадках двобічний), у двох випадках вторинний деформуючий остеоартроз (в одному двобічний), в одного пацієнта – двобічна ідіопатична резорбція головок нижньої щелепи і синдром Гольденхара, що було діагностовано у двох випадках. Заміщення суглоба з використанням ендопротеза внаслідок видалення пухлин виросткового відростка та верхньої третини гілки нижньої щелепи проводили у двох випадках. Усіх пацієнтів було обстежено згідно зі стандартним алгоритмом, що включав клінічне обстеження з визначенням функціонального стану СНЩС і мультиспіральну комп'ютерну томографію до оперативного втручання і в післяопераційний період. Брили до уваги такі показники: прикус, амплітуда відкривання рота, латеротрузії, протрузії, наявність болю або невралгічного дефіциту. Ступінь функціонального дефіциту визначали за індексом Хелькімо.

Результати дослідження. Пацієнтам, які брали участь у дослідженні, замінено 19 СНЩС на пацієнтспецифічні двокомпонентні ендопротези. Середній термін спостереження становив 18 міс (мінімум – 14 міс, максимум – 45 міс). Відкривання рота до початку оперативного втручання в досліджуваній групі становило в середньому $13,5 \pm 0,3$ мм, у ранній післяопераційний період (через 14 днів) – $18 \pm 0,5$ мм, а через 6 міс понад – $28,3 \pm 0,7$ мм. Відкривання рота у віддалений період (понад 12 міс після операції) в середньому становило $34,5 \pm 12$ мм. Упродовж 3 міс спостереження після оперативного втручання в усіх випадках больовий синдром був відсутній. Транзиторний парез гілок лицевого нерва (переважно скроневої) спостерігали у 9 випадках з повним відновленням протягом 3 міс у всіх пацієнтів. Середній

час проведення оперативного втручання із заміни СНЩС становив 140 хв. У терміни спостереження від 12 міс клінічних та рентгенологічних ознак переломів елементів ендопротезів, виникнення запального процесу, патологічної резорбції кісткових структур або інших причин, які вимагали б заміни ендопротезів, не спостерігали.

Висновки. Запропонована клінічна серія продемонструвала перспективність використання CAD/CAM, зокрема, використання пацієнтспецифічних ендопротезів для заміни СНЩС. Проте, питання широкого клінічного використання їх потребує подальшого клінічного і біомеханічного дослідження на засадах доказової медицини.

МІСЦЕВИЙ ІМУНІТЕТ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Тімохіна Т.О., Несин О.Ф., Печковський К.Є

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна

Одним із патогенетичних механізмів розвитку та прогресування артеріальної гіпертензії (АГ) є субклінічне запалення. Ця хронічна запальна реакція виступає в ролі ймовірного чинника прогресування патологічного ремоделювання серця і судин. Вона опосередкована прозапальними цитокінами, які здатні моделювати функції серцево-судинної системи, зумовлюючи прояви, з одного боку, хронічної серцевої недостатності, а з іншого – обтяжуючи перебіг інших запальних процесів [2]. Захворювання пародонта з кожним роком набувають все більшого поширення серед населення України. Вони являють собою загальномедичну та соціальну проблему, оскільки супроводжуються значною втратою зубів у населення працездатного віку [1,3]. Під впливом пародонтопатогенної анаеробної мікрофлори біоплівки (зубної бляшки) в пародонті відбуваються васкулярні зміни, пов'язані з ексудацією та міграцією фагоцитів (нейтрофілів, моноцитів та макрофагів) у сполучний епітелій та ясенну борозну, що призводить до первинного запалення тканин ясен [4]. Тому участь імунної системи та чинників місцевого імунітету в першу чергу в розвитку та прогресуванні генералізованого пародонтиту (ГП) без сумніва [5].

Мета роботи: визначити показники місцевого імунітету у хворих на ГП та супутньою АГ II стадії.

Матеріали і методи. Обстежено 81 хворого на ГП віком від 42 до 60 років. У 1-у групу ввійшли 39 осіб із ГП II ступеня та супутньою АГ II стадії, в 2-у групу – 42 пацієнти із ГП без АГ. Третю, контрольну групу склали 35 здорових осіб без ознак ГП. Діагноз та ступінь тяжкості ГП встановлювали відповідно до класифікації М.Ф. Данилевського [3]. Стоматологічний статус визначали за загальноприйнятими стоматологічними методиками з обов'язковим опитуванням та оглядом пацієнтів. У всіх пацієнтів комплексно обстежили стан тканин пародонта та оцінили з використанням індексів: гігієнічного – Green-Vermillion (ІГ-DI-S і ІГ-CI-S); 1964; РМА в модифікації Parma (1960); пародонтальних – PI (Russel, 1956) та IR (S.H. Ramfjord, 1959); кровоточивості (ІК) за H.R. Muhlemann, A.S. Mazor (1958). Глибину пародонтальних кишень вираховували як середнє значення результатів визначення в 6 точках навколо кожного зуба. Рухомість зубів визначали в балах – від 0 до 3 (за шкалою Міллера в модифікації Fleszar, 1980). Усім хворим провели імунологічне обстеження з визначенням рівня про- та протизапальних цитокінів імуноферментним методом згідно з методикою виробника «Pro Con» (Росія) в крові та слині, рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) різної молекулярної маси в сироватці крові та слині, концентрації IgG, IgA, IgM, IgE в сироватці крові та секреторного sIgA в слині, а також фагоцитарної активності нейтрофілів периферичної крові та фагоцитів у слині.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою методів варіаційної статистики з використанням пакета прикладних програм Microsoft XP “Excel”, а також за допомогою спеціалізованої програми “STATGRAPHICS Plus версія 2.1”.

Результати дослідження. У хворих 1-ї групи виявлено високі показники індексів гігієни, а також вірогідно підвищені індекси, які відображають запальні явища у пародонті, а саме РМА та ІК. Унаслідок проведених досліджень виявлено, що уніфіковані показники оцінювання пародонтального статусу (індекси PI та IR) характеризують дистрофічні запальні порушення у хворих 1-ї групи. У пацієнтів 1-ї групи із ГП та супутньою АГ виявлено вірогідне зниження рівня фізіологічних ЦІК великого розміру, порівняно з даними хворих 3-ї групи. Одночасно відзначено вірогідне підвищення вмісту середньо- та дрібномолекулярних ЦІК, що пов'язано з розвитком субклінічного

запалення як основної патогенетичної ланки АГ, а також надмірного вмісту патогенних фракцій ліпідів. У пацієнтів 1-ї групи на тлі підвищеного рівня прозапальних цитокінів спостерігали вірогідне підвищення вмісту ІЛ-6 на 59,60 % стосовно даних у пацієнтів 2-ї групи.

У пацієнтів із ГП та супутньою АГ виявлено дисбаланс рівня ЦІК з вірогідно зниженим умістом фізіологічних ЦІК великого розміру та підвищеним рівнем патогенних середньо- та дрібномолекулярних. Це свідчить про значне антигенне навантаження, в першу чергу молекулами патогенних ліпопротеїдів. Також виявлено значно підвищену сироваткову концентрацію ІЛ-6 як маркера субклінічного атеросклеротичного запалення на тлі зниженої сироваткової концентрації протизапального ІЛ-4.

Висновки. У хворих із генералізованим пародонтитом та супутньою артеріальною гіпертензією на тлі високих показників індексів гігієни виявлено вірогідно підвищені індекси, які свідчать про запальні явища в пародонті, а саме РМА та ІК. Зміни показників місцевого імунітету ротової рідини носять глибокий та специфічний характер. Вони проявляються дисбалансом рівня ЦІК з вірогідно зниженим умістом фізіологічних ЦІК великого розміру та підвищеним рівнем патогенних середньо- та дрібномолекулярних, а також значним підвищенням сироваткової концентрації ІЛ-6 на тлі зниженої сироваткової концентрації протизапального ІЛ-4.

Література

1. Абаев З.М. Современные методы лечения и профилактики заболеваний пародонта / З.М. Абаев, Д.И. Домашев, М.К. Антидзе, О.А. Борискина // Стоматология, 2012. – №4. – С. 72–74.
2. Горбачева И.А. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов, Л.Ю. Орехова // Стоматология, 2004. – №3. – С. 6–11.
3. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. – К.: Здоров'я, 2000. – 462 с.
4. Iqbal P.S. Assessment of systemic inflammatory markers in patients with aggressive periodontitis / P.S. Iqbal, SN.Khan, M.Haris // Journal International Oral Health, 2015. – №7. – Р. 48–51.
5. Yucel-Lindberg T. Inflammatory mediators in the pathogenesis of periodontitis / T.Yucel-Lindberg, T. Båge // Expert Review Molecular Medicine, 2013. – № 8. – Р. 75–78.

ЗМІНИ КЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У РУБЦЕВОЗМІНЕНИХ ТКАНИНАХ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ФОРМУВАННЯ ЇХ У РАЗІ ЗАСТОСУВАННЯ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ НА ІНТРАОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ

Торопов О.А.

Українська медична стоматологічна академія,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та
реконструктивною хірургією голови та шиї
м. Полтава, Україна

Існує безліч наукових праць, що стосуються профілактики патологічних рубців, але жодна з методик не може давати стовідсотковий результат формування нормотрофічного рубця. Тому ця проблема з кожним роком стає дедалі актуальнішою через збільшення кількості звернень пацієнтів із цією проблемою [1,2].

Мета роботи: порівняти клінічні ознаки формування післяопераційних рубців на різних стадіях після використання кріоекстракту плаценти на інтраопераційному етапі.

Матеріали і методи дослідження. Клінічні дослідження проводили у відділенні щелепно-лицевої хірургії на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». Обстежено 30 пацієнтів, яким проведено оперативне втручання з приводу вроджених кіст шиї та пухлиноподібних утворень шкіри голови та шиї. Залежно від характеру застосування методики профілактичних заходів всіх пацієнтів було розділено на 2 клінічні групи:

- 1-а група – 15 пацієнтів, яким під час оперативного втручання проведено інтрадермальне введення кріоекстракту плаценти.
- 2-а група (контрольна) – 15 пацієнтів, яким оперативне втручання проведено згідно з класичною методикою без використання додаткових профілактичних заходів.

Для оцінювання динаміки формування патологічних рубців використано схему якісного оцінювання патологічних рубців на різних етапах профілактики їх, а саме на 3, 6, 9-у та 12-у місяці. Для клінічного оцінювання використовували зведену стандартизаційну таблицю клінічного оцінювання рубцевих тканин, яка дає змогу описати формування рубців за семи ознаками, що їх фіксували в цифровому вигляді в балах [2].

Результати дослідження. Під час вивчення клінічних показників пацієнтів на 3-у місяці післяопераційного періоду отримали такі результати. У пацієнтів 1-ї клінічної групи сумарна кількість балів становила 15, у 2-й – 43. На 6-у місяці після оперативного втручання сума балів за шкалою у пацієнтів 1-ї групи становила 11, контрольної – 33. На 9-у місяці у пацієнтів, яким вводили кріоекстракт плаценти, сума балів становила 7, а у пацієнтів, яким оперативне втручання провели згідно з класичною методикою без використання додаткових профілактичних заходів – 22. На 12-у місяці у пацієнтів 1-ї групи показник становив 5 балів, у пацієнтів 2-ї групи – 14.

Висновки. Проводячи порівняльну характеристику змін клінічних показників на різних стадіях формування рубця, довели, що застосування кріоекстракту плаценти на інтраопераційному етапі профілактики сприяє ліпшому як функціональному, так і естетичному результату, який суттєво поліпшує якість життя пацієнтів у ранній і пізній післяопераційний періоди.

Література

1. Лоза Х. О. Клінічна оцінка динаміки загоєння післяопераційних рубцевозмінених тканин шкіри обличчя та шиї / Ternopil Dental Summit : матеріали наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, присвячений 60-річчю ДВНЗ «ТДМУ». – Тернопіль, 2017. – С. 108–109.
2. Скрипник В. М. Профілактика утворення післяопераційного рубця щелепно-лицевої ділянки / В. М. Скрипник, В. О. Личман, О. А. Торопов // Актуальні проблеми стоматології, щелепно-лицевої хірургії, пластичної та реконструктивної хірургії голови та шиї : Матеріали наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, м. Полтава, 14–15 лист. 2019 р. : Тези доп. – Полтава, 2019. – С. 83–84.
3. Лоза ХО. Інтраопераційна профілактика утворення патологічних рубців шкіри в різних ділянках обличчя та шиї (експериментально-клінічне дослідження) (дисертація). Полтава: Укр. мед. стоматолог. академія. 2016. – С. 44–45.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З ДЕФЕКТАМИ ОРБИТИ

Чепурний Ю.В., Копчак А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти,
м. Київ, Україна

Реабілітація пацієнтів з переломами стінок орбіти має бути спрямована на ліквідацію всіх негативних наслідків цих ушкоджень, зокрема, диплопії та посттравматичного енофтальму. Використання цифрових технологій дозволяє забезпечити високу точність відновлення анатомічної форми орбіти. Але водночас, попри це, у частини пацієнтів зберігаються залишкові наслідки зазначених порушень.

Мета дослідження: оцінити клінічне значення чинників, що можуть впливати на ефективність функціональної реабілітації пацієнтів з ушкодженнями стінок орбіти, після анатомічно точної реконструкції з використанням пацієнтспецифічних імплантатів.

Матеріали і методи. У дослідженні брали участь 39 пацієнтів з посттравматичними дефектами стінок орбіти, котрим було проведено анатомічно точну реконструкцію орбіти з використанням пацієнтспецифічних імплантатів. Усіх пацієнтів було обстежено до та після лікування відповідно до стандартного алгоритму: збір скарг, оцінювання локального статусу, визначення гостроти зору, наявності диплопії, окорухових порушень, проведення екзофтальмометрії за Гертлем для визначення енофтальму та комп'ютерної томографії.

Результати дослідження. Створено багатофакторну логістичну регресійну модель для визначення чинників, що могли впливати на результати реабілітації пацієнтів. Виявлено вірогідний вплив чинників часу, що минув від моменту отримання травми ($p = 0,01$) та проведення реконструкції орбіти, а також наявність клініко-рентгенологічних ознак ушкодження окорухових м'язів ($p = 0,03$).

Висновки. Використання пацієнтспецифічних імплантатів під час реконструкції орбіти у пацієнтів з посттравматичними дефектами її стінок дозволяє усунути посттравматичний енофтальм у 92,1% випадків, а диплопію – у 78,9%. Проте навіть точне відновлення обсягу орбіти та її форми не дозволяло досягати повноцінної реабілітації

хворих, які брали участь у дослідженні. Частота виявлення диплопії та енофтальму як у найближчий, так і у віддалений післяопераційний період залежала від часу надання допомоги. Проведення реконструктивно-відновних втручань у терміни пізніші 1 міс після травми вірогідно знижувало інтегральний клінічний результат реабілітації пацієнтів з дефектами стінок орбіти ($p = 0,002$). Клініко-рентгенологічні ознаки ушкодження окорухових м'язів, що їх діагностували у 44,7% пацієнтів з дефектами стінок орбіти, можна вважати прогностично несприятливим чинником у лікуванні пацієнтів з дефектами стінок орбіти. Наявність їх вірогідно підвищувала частоту посттравматичної диплопії та терміни реабілітації цього контингенту постраждалих ($p = 0.001$).

Література

1. Dubois L., Steenen S. A., Gooris P. J., Mourits M. P., Becking, A. G. (2015). Controversies in orbital reconstruction-II. Timing of post-traumatic orbital reconstruction: a systematic review. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 44(4), 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2014.12.003>
2. Jung H. N., Suh S. I., Kim H. J., Ryoo I. (2018). Comparison of clinicoradiological findings between patients with recovering diplopia and those with residual diplopia after surgery for pure orbital blowout fracture. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery*, 46(3), 375–380. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2017.12.006>
3. Zimmerer R. M., Gellrich N. C., von Bülow S., Strong E. B., Ellis E., 3rd, Wagner M., et al. (2018). Is there more to the clinical outcome in posttraumatic reconstruction of the inferior and medial orbital walls than accuracy of implant placement and implant surface contouring? A prospective multicenter study to identify predictors of clinical outcome. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery*, 46(4), 578–587. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2018.01.007>
4. Jansen J., Dubois L., Maal T., Mourits M. P., Jellema H. M., Neomagus P., et al. (2020). A nonsurgical approach with repeated orthoptic evaluation is justified for most blow-out fractures. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery*, 48(6), 560–568. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2020.03.005>

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ ОКЛЮЗІЇ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ОКЛЮЗІЙНОЇ РІВНОВАГИ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ І СТУПЕНЯ ЗА УМОВ БЕЗПЕРЕРВНОГО ЗУБНОГО РЯДУ

Червонна Н.В., Неспрядько В.П., Прощенко А.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Генералізований пародонтит є одним з найпоширеніших стоматологічних захворювань. Доведено роль порушень оклюзійних співвідношень у його патогенезі та перебігу на ранніх стадіях процесу [1]. Саме тому важливу роль в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту відіграє ортопедичний метод, і успіх реабілітації пацієнтів з пародонтитом багато в чому залежить від стану функціональної оклюзії та нормалізації оклюзійного балансу [2]. Основними ортопедичними методами усунення функціонального перевантаження тканин пародонта є вибіркове пришліфовування зубів, шинування та раціональне протезування. Існують суперечності у поглядах авторів щодо вибору методів оклюзійної корекції в різних клінічних випадках за наявності травматичної оклюзії. Тому питання відновлення оклюзійної рівноваги та обрання найбільш ефективного ортопедичного лікування пацієнтів з перевантаженням тканин пародонта залишається актуальним.

Мета дослідження: дослідити ефективність методів оклюзійної корекції – вибіркового пришліфовування та його поєднання з домоделюванням оклюзійних поверхонь зубів у пацієнтів з генералізованим пародонтитом і цілісним зубним рядом.

Матеріали і методи. У нашому дослідженні взяли участь 11 пацієнтів (середній вік $40 \pm 5,2$ року) з генералізованим пародонтитом І ступеня та безперервним зубним рядом, котрі звернулися по стоматологічну допомогу на кафедру ортопедичної стоматології НМУ імені О. О. Богомольця у 2019–2020 рр. Комплексне обстеження пацієнтів включало загальноклінічні та спеціальні (рентгенологічні та функціональні) методи обстеження. Клінічний аналіз оклюзійних співвідношень щелеп проводили в положенні центральної оклюзії, визначаючи центричні (статичні) контакти за умови максимальної інтеркуспідації

нижньої щелепи та при рухах нижньої щелепи, визначаючи ексцентричні (динамічні) контакти за допомогою артикуляційного паперу фірми Bausch завтовшки 80 мікрон. Також проводили комп'ютеризований аналіз оклюзії за допомогою комплексу T-Scan III. Для усунення травматичної оклюзії та забезпечення оклюзійної рівноваги всім пацієнтам робили вибіркове пришліфовування діагностованих нами центричних і ексцентричних супраконтактів за допомогою T-Scan та артикуляційного паперу. Центричні контакти, що їх спостерігали на опорних горбиках і центральних фісурах зубів верхньої та нижньої щелеп, не коригували, щоби зберегти міжальвеолярну висоту. Але пришліфовували верхівки та скати направляючих горбиків. Для усунення передчасних контактів подекуди пришліфовували скати опорних горбиків. На робочому боці намагалися створити оклюзію, захищену іклами, на балансуєчому боці пришліфовували гіпербалансуєчі супраконтакти. У 6 пацієнтів із дефектами твердих тканин зубів, що локалізувалися на жувальних поверхнях, щоби досягти оклюзійної рівноваги було вирішено провести відновлення анатомічної архітекτονіки жувальної поверхні зубів, а саме опорних та направляючих горбиків методом воскового моделювання на діагностичних моделях в артикуляторі з подальшим перенесенням оклюзійної інформації в порожнину рота прямим методом шляхом виготовлення тимчасових конструкцій за допомогою силіконового ключа.

Результати дослідження. У 5 із 11 пацієнтів нам вдалося досягти позитивного результату, використовуючи вибіркове зішліфовування (наявність приблизно однакового балансу правого і лівого боку, відсутність центричних і ексцентричних супраконтактів, центральне положення вектора сумарного силового навантаження за даними T-Scan). У 6 пацієнтів із дефектами твердих тканин жувальних поверхонь зубів травматичну оклюзію методом вибіркового пришліфовування твердих тканин зубів усунути не вдалося. Але після проведення домоделювання оклюзійних поверхонь за допомогою тимчасових конструкцій отримали позитивні результати щодо забезпечення оклюзійної рівноваги і в цих пацієнтів.

Висновки. У пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта вибіркове пришліфовування не завжди дає позитивні результати. Часом особливо за наявності дефектів твердих тканин зубів, потрібно не тільки проводити вибіркове зішліфовування, а й домоделювання оклюзійних поверхонь, щоби усунути травматичну оклюзію та досягти

рівномірного розподілу жувального навантаження на тканини пародонта. Потрібно проводити дослідження і надалі для визначення точних критеріїв і показань до застосування методів оклюзійної корекції.

Література

1. Виявлення ролі оклюзійних взаємовідносин в патогенезі генералізованого пародонтиту на ранніх стадіях захворювання / В.П. Неспрядько, Н.В. Лисейко, П.П. Топка // Укр. стоматол. альманах. – 2011. – № 3. – С. 57–59.
2. Ефимович О.И., Мамедова Л.А. Влияние нарушения окклюзии на этиологию возникновения заболеваний пародонта // Пародонтология. – 2016. – N 2 (79). – С. 35–38.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТОСПЕЦИФІЧНИХ ІМПЛАНТАТІВ, ВИГОТОВЛЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕХНОЛОГІЇ СЕЛЕКТИВНОГО ЛАЗЕРНОГО СПІКАННЯ ТИТАНУ (DMLS) У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕФЕКТАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Черногорський Д.М., Воллер М.В., Копчак А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Інститут післядипломної освіти, кафедра стоматології
м. Київ, Україна

Лікування пацієнтів із посттравматичними та післяопераційними дефектами нижньої щелепи (НЩ) є актуальною медико-соціальною проблемою. Значні за розміром дефекти НЩ, що супроводжуються порушенням її неперервності, призводять до косметичного дефіциту, порушення функції жування, ковтання і мовлення, погіршення стану соматичного здоров'я, виражених психоемоційних розладів та зниження якості життя. Основними завданнями комплексного лікування пацієнтів цієї категорії є забезпечення адекватної жувальної функції та прийнятного естетичного результату. «Золотим стандартом» лікування значних дефектів НЩ на сьогодні вважають застосування васкуляризованих та не васкуляризованих автологічних кісткових трансплантатів з малогомілкової кістки, гребеня клубової кістки, лопатки тощо. При цьому однією з важливих проблем є суттєва невідповідність донорської кістки та інтактної НЩ за своїми геометричними параметрами, архітектонікою, механічними та біологічними властивостями. Для функціонально-стабільної фіксації кісткових трансплантатів застосовують преформовані реконструктивні пластини, адаптація яких до рельєфу кісткових фрагментів щелепи і

трансплантату проводиться безпосередньо в рані або на стереолітографічних моделях.

Наявні недоліки і обмеження традиційних методів пересадки кістки із використанням преформованих стандартних пластин зумовили появу нової концепції – створення пацієнтоспецифічних імплантатів (PSI), що їх виготовляють на основі попередньоствореного віртуального дизайну з використанням CAD/CAM технології. Такі конструкції не потребують інтраопераційного вигинання або адаптації форми і самі виступають у ролі шаблону, що визначає правильне положення фрагментів щелепи та кісткових трансплантатів.

Мета дослідження: порівняльне оцінювання клінічної ефективності пацієнто-специфічних імплантатів у пацієнтів з дефектами НЩ у ранній та віддалений післяопераційний період.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 60 хворих із післяопераційними та посттравматичними дефектами НЩ з порушенням її неперервності. У хворих основної групи (40 осіб) для заміщення дефектів використовували PSI, виготовані за допомогою технології селективного лазерного спікання титану. У хворих контрольної групи (20 осіб) застосовували традиційні методи заміщення дефектів НЩ автологічними кістковими трансплантатами в поєднанні з преформованими реконструктивними пластинами.

Результати дослідження. Хірургічні втручання щодо заміщення дефектів НЩ, виконані хворим 2 дослідних груп, були такі: кісткові трансплантати використано у 17 (42,5 %) хворих основної групи та у 13 (65%) контрольної групи. Серед них переважали трансплантати із гребеня клубової кістки – 12 (70,5%) пацієнтам основної та 8 (61,5%) – контрольної груп, із малогомілкової кістки – 4 (22%) пацієнтам основної та 3 (23%) – контрольної групи. У 23 (57,5%) спостережуваних основної групи дефекти були повністю заміщені анатомічними ендопротезами НЩ без проведення трансплантації кістки. Семи (35%) хворим контрольної групи встановлено преформовані реконструктивні пластини без проведення пересадки кістки (це розглядалося переважно як тимчасове рішення перед проведенням повноцінної реконструкції, що її відтермінували з тих чи інших причин).

Висновки. Застосування PSI порівняно з традиційними методами кісткової пластики, дає змогу досягти точнішого відновлення анатомічної форми НЩ на ділянках зі складною геометрією і вірогідно кращих естетичних результатів, а також вірогідно зменшує частоту

вторинного зміщення кісткових фрагментів унаслідок пластичних деформацій та руйнування елементів фіксації ($p < 0,05$). Водночас воно вірогідно не впливає на частоту гнійно-запальних ускладнень, незадовільних клінічних результатів та ефективність відновлення функції жувального апарату у пацієнтів з дефектами НЩ.

Література

- Ciocca L., Mazzoni S., Fantini M., Persiani F., Baldissara P., Marchetti C., et al. A CAD/ CAM-prototyped anatomical condylar prosthesis connected to a custom-made bone plate to support a fibula free flap. *Med Biol Eng Comput* 2012;50(7):743–9.
- Foley B.D., Thayer W.P., Honeybrook A., McKenna S., Press S. Mandibular reconstruction using computer-aided design and computer-aided manufacturing: an analysis of surgical results. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013;71(2): e111–9.
- Hanasono M.M., Skoracki R.J. Computer-assisted design and rapid prototype modeling in microvascular mandible reconstruction// *Laryngoscope.* 2013;123(3):597–604.
- Chang E.I., Jenkins M.P., Patel S.A., Topham N.S. Long-term operative outcomes of preoperative computed tomography-guided virtual surgical planning for osteocutaneous free flap mandible reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2016;137(2):619–23.

ДОСВІД ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АЛЬВЕОЛІТУ

Чумаченко О.В., Топчій Д.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Київ, Україна

Останніми роками технології лікування періодонтиту значно змінилися – на новому рівні проводять стерилізацію кореневих каналів та каналців, нового рівня досягла заапикальна терапія, значно розширився асортимент фармакологічних засобів, на допомогу прийшла мікроскопія тощо. Проте видалення зубів все ще залишається найпоширенішим оперативним втручанням у хірургічній стоматології, а найчастішим ускладненням його – гострий альвеоліт.

Серед основних причин гострого альвеоліту вважають інфікованість коренево-кісткового комплексу, різного ступеня оперативна травматичність, неповне звільнення коміркової кістки від патологічно-змінених тканин та агресивне середовище порожнини рота. Нами встановлено ще деякі чинники, що сприяють виникненню та обтяженню перебігу альвеоліту; недостатньо якісне формування тромба

в комірках одразу після видалення зуба та його захист у перші кілька днів після втручання. Також неправильне розуміння широким професійним загалом поняття «ушивання лунки», проведення кюретажу травмованої комірки не за показаннями і навіть такі прості речі, як промивання комірки розчинами температури нижчої температури порожнини рота.

Наша стратегія лікування гострого післяекстракційного альвеоліту полягає у виявленні та видаленні з комірки патологічно змінених тканин, залишків кісткової тканини, коренів, пломбувальної маси або інструментів тощо. Санацію комірки проводять теплими розчинами водню пероксидом та антисептику. Для введення в комірку видаленого зуба суміші лікарських речовин ми використовували апарат для електрофорезу «Поток».

Після висушування комірки стерильним тампоном у неї вводили тампон, змочений у таку суміш: вода або фізіологічний розчин 50 мл + димексид аптечний 1 мл + лінкоміцин 30% 2 мл + дексаметазон 2 мл + траумель С 2,2 мл + кетанов 3% 1 мл. Суміш вводиться протягом 15–20 хв з позитивного електрода із силою струму 1,0–1,5 мА. Починаючи з 3-го – 4-го сеансу в суміш додавався ербісол 2,2 мл.

Запропонована нами суміш створювала такі ефекти: антибактеріальний, протизапальний та десенсибілізуювальний, знеболювальний, імунотропний, стимулювальний репаративний остеогенез.

Згідно із сучасними результатами наукових досліджень щодо вивчення депофорез-ефекту використані нами препарати створюють депо у вогнищі запалення, яке зберігає доволі високу лікувальну концентрацію протягом тривалого періоду. Не останню роль при цьому відіграє і сама електропроцедура постійним струмом.

Запропонована схема лікування післяекстракційного гострого альвеоліту показала доволі високу клінічну ефективність, проте вона не є завершеним процесом. Нам здається, що ми вказали на напрямок подальших розробок, де можуть бути використані нові препарати і методики самої процедури. Запропонована схема лікування альвеоліту може бути з успіхом використана в практичній медицині і донесена як навчально-методична рекомендація для студентів стоматологів медичних університетів.

ОСОБЛИВОСТІ ЗНЕБОЛЕННЯ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Чумаченко О.В., Топчій Д.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Київ, Україна

Традиційна орієнтація на фундаментальну працю С.Н. Вайсблата (1962) з місцевого знеболення в щелепно-лицевій ділянці все більше потребує науково-практичних доповнень. Видалення зубів, парарадикулярні втручання з масивною остеотомією стовщеного шару кортикальної пластинки щелепи раніше були прерогативою мандибулярної або торусальної анестезії, цільовим пунктом яких слугує нижньокомірковий нерв. Проте всі різноманітні методики мандибулярної або торусальної анестезії не враховують наявність досить великої мережі анастомозів з іншими нервами, які зазвичай залишаються осторонь зони інфільтрації тканин у разі традиційного провідникового знеболення: задні верхні коміркові нерви, щічний нерв, язиковий нерв, вушно-язиковий нерв, великий вушний нерв, лицевий нерв та гілки нижньокоміркового нерва, шийне сплетіння (всього 11), що входять у товщу кістки нижньої щелепи попереду від мандибулярного отвору [1].

Тому за наявних ознак ефективності мандибулярної або торусальної анестезії – оніміння половини нижньої губи та підборіддя, бічної поверхні язика, велика кількість хворих відчуває біль різного характеру та інтенсивності, наприклад, під час контакту ендодонтичних інструментів з пульпою, під час люксації зуба або кореня, цистектомії тощо.

Ми звернули увагу на постулати, висловлені А.Ж. Петрікасом [1] стосовно анастомозів системи інервації 3 гілки трійчастого нерва з цілою низкою нервів, які так чи інакше замикаються на зубах нижньої щелепи, проте проходять екстрамандибулярно і не потрапляють ні в жодну методику знеболення нижньої щелепи. Ще ми звернули увагу на значну кількість розробок субперіостального введення анестетиків, де вказується на велику дифузійну здатність їх дифузії крізь компактну пластину кісток [2].

На великому клінічному матеріалі вивчили ефективність поєдна-

ного проведення мандибулярної анестезії 4% розчином ультракаїну об'ємом 1,8 мл з додатковим підокісним уведенням цього анестетика об'ємом до 1,0 мл зі щічного боку в проекції зуба, що розташований у зоні втручання, а в разі болісності і з язикового боку.

Таким чином, запропоновані нами додаткові ін'єкції в традиційному протоколі провідникової анестезії мали механізм «муфтоподібного» підокісного омивання кортикальної пластинки тіла нижньої щелепи в межах зуба. Усі хворі відзначали типові ознаки провідникового знеболення: парестезія половини нижньої губи, підборіддя та кінчика язика. Єдиним критерієм ефективності знеболення ми вважали суб'єктивне підтвердження пацієнтом відсутності болю під час проведення оперативного втручання.

Отже, враховуючи наявність великої кількості сполучень гілочок систем різних черепно-мозкових нервів у ділянці молярів нижньої щелепи, що не потрапляють через анатомічні особливості щелепно-лицевої ділянки в зону знеболення класичними традиційними способами, виникає необхідність додаткового введення анестетиків у ділянки вірогідних контактів нервових гілок. Це сприяє підвищенню ефективності ін'єкційного знеболення та позитивним суб'єктивним оцінкам якості втручання пацієнтами.

Література

1. Петрикас А.Ж. Обезболивание зубов. – Тверь, 1997. – 113 с.
2. Malamed Stanley F. (ed.) Handbook of Local Anesthesia. 6th edition. – Elsevier, 2012. – 428 р.

ТЯЖКІСТЬ ПОЄДНАНОЇ ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ТРАВМИ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Шуминський Є.В., Копчак А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Інститут післядипломної освіти, кафедра стоматології,
м. Київ, Україна

Тяжкість черепно-мозкової травми (ЧМТ) визначає першочерговість та обсяг допомоги пацієнтам з ізольованою або поєднаною черепно-щелепно-лицевою травмою. Знання особливостей прояву ЧМТ за умови різного ступеня тяжкості щелепно-лицевої травми дає змогу ефективніше діагностувати та в найкоротші терміни надати потрібний обсяг допомоги.

Мета роботи: вивчити ступінь тяжкості ЧМТ за різних варіантів переломів кісток лицевого скелета.

Матеріали і методи. Проаналізовано 519 історій хвороби пацієнтів із переломами кісток лицевого скелета. Пацієнтів було розділено на 3 групи: 1-а – з ізольованими переломами нижньої щелепи, 2-а – з ізольованими переломами кісток середньої зони обличчя, 3-я – з поєднаними переломами кількох зон обличчя. Тяжкість ЧМТ визначали за Glasgow Coma Scale. Тяжкість щелепно-лицевої травми визначали за Facial Injury Severity Scale.

Результати дослідження. Медіанні значення ступеня тяжкості ЧМТ у пацієнтів усіх груп в основному відповідає помірному приглушенню, але в групі з множинними переломами кісток лицевого скелета (3-я група) є нижчими – 13 ($13 \div 15$) порівняно з іншими групами: 1-а група – 14,5 ($14 \div 15$), 2-а група – 14 ($14 \div 15$). Медіанні значення тяжкості щелепно-лицевої травми у групах статистично відрізнялися і були у 2,5–3 рази більші в групі з множинними переломами порівняно з ізольованими (1-а група – 2,4 ($2 \div 3$), 2-а група – 2,2 ($1 \div 3$), 3-я група – 6,9 ($5 \div 9$)).

Висновки. У разі множинних переломів кісток лицевого скелета тяжкість ЧМТ та щелепно-лицевої травми є вищою і статистично відрізняється від показників пацієнтів з ізольованими переломами ($p < 0.05$), що своєю чергою потребує залучення спеціалістів нейрохірургічного профілю для надання допомоги цій категорії пацієнтів.

Література

- Haug R.H., Prather J., Indresano A.T. An epidemiologic survey of facial fractures and concomitant injuries. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990 Sep;48(9):926-32. doi: 10.1016/0278-2391(90)90004-I. PMID: 2395044.
- Haug R.H., Adams J.M., Conforti P.J., Likavec M.J. Cranial fractures associated with facial fractures: a review of mechanism, type, and severity of injury. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994 Jul;52(7):729-33. doi: 10.1016/0278-2391(94)90488-x. PMID: 8006737.
- Boffano P., Roccia F., Zavattero E., Dediol E., Uglešić V., Kovačič Ž., Vesnaver A., Konstantinović V.S., Petrović M., Stephens J., Kanzaria A., Bhatti N., Holmes S., Pechalova P.F., Bakardjiev A.G., Malanchuk V.A., Kopchak A.V., Galteland P., Mjøen E., Skjelbred P., Koudougou C., Mouallem G., Corre P., Løes S., Lekven N., Laverick S., Gordon P., Tamme T., Akermann S., Karagozoglu K.H., Kommers S.C., Forouzanfar T. European Maxillofacial Trauma (EURMAT) project: a multicentre and prospective study. *J Craniomaxillofac Surg.* 2015 Jan;43(1):62-70. doi: 10.1016/j.jcms.2014.10.011. Epub 2014 Oct 22. PMID: 25457465.
- Katzon J.T., Jarrahy R., Eby J.B., Mathiasen R.A., Margulies D.R., Shahinian H.K. Cranio facial and skull base trauma. *J Trauma.* 2003 May;54(5):1026-34. doi: 10.1097/01.TA.0000066180.14666.8B. PMID: 12777923.
- Bagheri S.C., Dierks E.J., Kademani D., Holmgren E., Bell R.B., Hommer L., Potter B.E. Application of a facial injury severity scale in craniomaxillofacial trauma. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006 Mar;64(3):408-14. doi: 10.1016/j.joms.2005.11.013. PMID: 16487802.
- You N., Choi M.S., Roh T.H., Jeong D., Kim S.H. Severe Facial Fracture is Related to Severe Traumatic Brain Injury. *World Neurosurg.* 2018 Mar;111:e47-e52. doi: 10.1016/j.wneu.2017.11.166. Epub 2017 Dec 7. PMID: 29225134.
- Plaisier B.R., Punjabi A.P., Super D.M., Haug R.H. The relationship between facial fractures and death from neurologic injury. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000 Jul;58(7):708-12; discussion 712-3. doi: 10.1053/joms.2000.7250. PMID: 10883684.
- Mehta R.; GP trainee, Chinthapalli K.; consultant neurologist. Glasgow coma scale explained. *BMJ.* 2019 May 2;365:l1296. doi: 10.1136/bmj.l1296. PMID: 31048343.
- Kanda Y. Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. *Bone Marrow Transplant.* 2013;48:452-458.
- Keenan H.T., Brundage S.I., Thompson D.C., Maier R.V., Rivara F.P. Does the face protect the brain? A case-control study of traumatic brain injury and facial fractures. *Arch Surg.* 1999 Jan;134(1):14-7. doi: 10.1001/archsurg.134.1.14. PMID: 9927123.
- Lee K.F., Wagner L.K., Lee Y.E., Suh J.H., Lee S.R. The impact-absorbing effects of facial fractures in closed-head injuries. An analysis of 210 patients. *J Neurosurg.* 1987 Apr;66(4):542-7. doi: 10.3171/jns.1987.66.4.0542. PMID: 3559719.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1

ІСТОРІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НАЦІОНАЛЬНОГО
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ ТА ЙОГО
НАУКОВИХ ШКІЛ

**СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТУ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ 100 РОКІВ**

Біденко Н.В. 8

**УРОЧИСТІ ЗБОРИ З НАГОДИ 100-РІЧЧЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ** 15

**ІСТОРІЯ КАФЕДРИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Борисенко А.В., Печковський К.Є. 19

**НАУКОВА ШКОЛА КАФЕДРИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ НМУ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ. ОБГРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

Борисенко А.В. 27

ПРОФЕСОР І.О. НОВИК – ФУНДАТОР ВІТЧИЗНЯНОЇ ПАРОДОНТОЛОГІЇ

Борисенко А.В., Дікова І.Г., Кононова О.В. 33

**РОЗВИТОК КАФЕДРИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ
ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ ТА ЇЇ НАУКОВІ ДОСЯГНЕННЯ**

В.О. Маланчук, О.С. Воловар, Я.А. Кульбашна 35

**МИНУЛЕ ТА СЬОГОДЕННЯ КАФЕДРИ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Неспрядько В.П., Клітинський Ю.В. 52

**КАФЕДРА ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ
ТА ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ:
СТАНОВЛЕННЯ, РОЗВИТОК, СЬОГОДЕННЯ, ПЕРСПЕКТИВИ**

Савичук О.В., Хоменко Л.О. 61

**НАУКОВА ШКОЛА ОРТОДОНТІЇ
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

Фліс П.С. 64

НАУКОВА ШКОЛА КАФЕДРИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ І НАБУТИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Яковенко Л.М., Чехова І.Л., Єфименко В.П., Кисельова Н.В.,
Єгоров Р.І., Ковтун Т.О., Шафета О.Б..... 70

РОЗДІЛ 2

СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА ТА ЕПІДЕМІЧНИХ ВИКЛИКІВ

«ВВЕДЕННЯ В КЛІНІЧНУ СТОМАТОЛОГІЮ» – НОВА НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА В ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНІЙ ПРОГРАМІ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ

Біденко Н.В., Остапко О.І. 75

ІСТОРІЯ, ЯКА НАРОДЖУЄТЬСЯ ЗАРАЗ. ГУМАНІСТИЧНІ ТА ЕТИЧНІ ВИМІРИ СИСТЕМНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

Гордієнко О.В. 78

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ З ІНОЗЕМНИМИ СТУДЕНТАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ В КОНТЕКСТІ ІНФОРМАЦІЙНО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ІННОВАЦІЙ

Деметрьєва О.В., Романюк О.В., Чумак Е.А. 80

ОСОБЛИВОСТІ ОВОЛОДІННЯ ФАХОВИМИ КОМПЕТЕНТНОСТЯМИ СТУДЕНТАМИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Канюра О.А., Біденко Н.В., Філоненко В.В. 83

ОСОБЛИВОСТІ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

Копчак О.В., Черняк С.Я., Новіков Р.А., Рогозін В.В. 84

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРНЕТ-ПЛАТФОРМ (ZOOM) НА ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТТЯХ З ДИСЦИПЛІНИ «ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ»

Маланчук В.О., Воловар О.С., Шевчук Р.І. 87

МОДЕЛЬ ПІДГОТОВКИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ В УКРАЇНІ: ПРОЄКТ

Маланчук В.О., Кульбашна Я.А., Нагірний Я. П., Шувалов С.М. 88

ОСОБЛИВОСТІ БЕЗПЕРЕРВНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО В УМОВАХ КАРАНТИНУ, ПОВ'ЯЗАНОГО З COVID-19

Огоновський Р.З., Колесніченко О.В., Синиця В.В., Малко Н.В.,
Гірчак Г.В., Солина Н.М. 91

| | |
|---|----|
| АНКЕТУВАННЯ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ | |
| Поліщук С.С., Скиба В.Я., Поліщук В.С., Назарчук О.А. | 94 |
| АКАДЕМІЧНА МОБІЛЬНІСТЬ: ПРИЧИНИ, ЯКІ ПЕРЕШКОДЖАЮТЬ ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЮ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ УКРАЇНИ | |
| Саханда І.В. | 95 |

РОЗДІЛ 3

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТОМАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ ТА ОРТОДОНТІЇ

| | |
|---|-----|
| ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСТОСУВАННЯ СТАНДАРТНОЇ МЕХАНІЧНО-ДІЮЧОЇ АПАРАТУРИ ТА МІОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ З ДИХАЛЬНОЮ ГІМНАСТИКОЮ У ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ 6-9 РОКІВ | |
| Ардикуце В.П. | 98 |
| ЗМІНИ ТКАНИН ПАРОДОНТА ЩУРІВ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ II ТИПУ | |
| Артемчук А.В., Савичук О.В. | 101 |
| ORAL HEALTH OF CHILDREN UNDERGOING DENTAL TREATMENT UNDER GENERAL ANESTHESIA | |
| Burak Zh.M., Al-Dujaili M.S.Sh. | 102 |
| COMPLEX TREATMENT OF CHILDREN'S CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS WITH THE USE OF PROTEOLYSIS INHIBITORS | |
| Volkova S.V., Pytsina V.A., Sukharev M.V. | 105 |
| ПОШИРЕНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПРОРІЗУВАННЯ ЗУБІВ | |
| Гороховський В.В. | 107 |
| СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ІЗ СКУПЧЕНІСТЮ ЗУБІВ | |
| Дмитренко М.І. | 109 |
| ПОКАЗАННЯ ТА ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ВИДАЛЕННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ І ДЕФОРМАЦІЙ У РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ ФОРМУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНОГО АПАРАТУ | |
| Дорошенко С.І., Кузьменко І.С. | 111 |
| АНАЛІЗ АСОЦІАЦІЇ ПОЛІМОРФІЗМУ RS2981579 ГЕНА FGFR2 З РОЗВИТКОМ ПАТОЛОГІЧНИХ ФОРМ ПРИКУСУ | |
| Дорошенко С.І., Шкарупа В.М., Стороженко К.В. | 113 |

**ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ
В ДІТЕЙ У ПЕРІОД ЗМІННОГО ПРИКУСУ**

Єгоров Р.І..... 115

**КОМБІНОВАНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ
У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ГЕЛЮ ВЮГЕРАІР**

Ісакова Н.М., Закалата Т.Р..... 117

**ОБҐРУНТУВАННЯ ВАЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИЧНИХ ЗАХОДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ
ПІДХОДІ ДО ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКУПЧЕНІСТЮ ЗУБІВ**

Канюра О.А., Кримовський К.Г., Бродецька Л.О. 120

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФАНТИЛЬНИХ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ

Кисельова Н.В., Кірієнко Ю.Ю. 122

**ВИБІР УМОВ ПРОВЕДЕННЯ САНАЦІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ
РІЗНОГО ВІКУ ТА ТЕМПЕРАМЕНТУ**

Коваль О.І., Коваль П.Б. 124

ПРОЯВИ ЕНТЕРОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ПОРОЖНИНІ РОТА У ДІТЕЙ

Корнієнко Л.В., Трубка І.О..... 126

PREVALENCE OF GINGIVITIS AMONG CHILDREN AND ADOLESCENT IN BREST REGION

Krautsova-Kukhmar N.G., Shakavets N.V..... 129

СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ ФОРМАМИ ЛЕЙКЕМІЇ

Легенчук О.В., Опанасенко О.О. 131

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІДНОВЛЕННЯ ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ ШЛЯХОМ
ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ РЕСТАВРАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ**

Лютіков О.І..... 133

**АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ТА ПАТОЛОГІЧНИХ ФОРМ ПРИКУСУ,
ПОВ'ЯЗАНИХ З РОСТОМ ТА РОЗВИТКОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Масна-Чала О.З., Чайковська С.Ю., Масна З.З., Адамович О.О.,
Пальтов Є.В., Рудницька Х.І., Челпанова І.В. 135

**ЛОГОТЕЙПУВАННЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ,
ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ЗМІНАМИ ТКАНИН ЯЗИКА**

Мельник А.О., Яковенко А.О. 138

**ОЦІНЮВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ
У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Мельник В.С., Білищук Л.М., Зомбор К.В..... 140

**ПІДВИЩЕННЯ МОТИВАЦІЇ ЩОДО ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ШЛЯХОМ НАОЧНОЇ
ДЕМОНСТРАЦІЇ ГІГІЄНИЧНИХ ІНДЕКСІВ У ДІТЕЙ З НЕЗНІМНОЮ ОРТОДОНТИЧНОЮ
АПАРАТУРОЮ**

Немирович Ю.П., Пономаренко В.С. 142

| | |
|--|-----|
| ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ РАДИКУЛЯРНИХ ЗУБОВІСНИХ КІСТ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, УТВОРЕНИХ ВІД ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ | |
| Ододюк В.В. | 145 |
| SYSTEMATIZATION OF STAINED DENTAL PLAQUE IN CHILDREN | |
| Ostrianko V. I., Yakubova I. I., Buchinskaya T.O., Volkova S.V. | 146 |
| РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ У ФОРМУВАННІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ | |
| Парпалей К.А., Трубка І.О., Парпалей Є.І. | 147 |
| ДИСТАЛІЗАЦІЯ ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ – СПОСІБ СТВОРЕННЯ МІСЦЯ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ РЕТЕНЦІЇ ТА ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПОЛОЖЕННЯ ІКЛІВ | |
| Пилипів Н.В., Корнієнко М.М. | 150 |
| ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ПРИКАРПАТТЯ | |
| Попович З.Б., Рожко М.М. | 152 |
| МЕТОДОЛОГІЯ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЕРОЗИВНИХ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ | |
| Савичук О.В., Зайцева Є.М., Шаповалова Г.І. | 154 |
| ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ ТВЕРДИХ ТКАНИН ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З УРАЖЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ПРИ ВИВЧЕННІ ІНДЕКСУ НАЙВИЩОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ | |
| Смоляр Н.І., Боднарук Н.І. | 156 |
| ПОШИРЕНІСТЬ АНОМАЛІЙ ЗУБНИХ РЯДІВ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ | |
| Смоляр Н.І., Лесіцький М.Ю., Лисак Т.Ю. | 159 |
| СТОМАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ СИНДРОМІ АРНОЛЬДА-КІАРІ І ТИПУ | |
| Стоян О. Ю., Денисова О. Г. | 161 |
| CLINICAL EFFICACY OF DIFFERENTIATED TREATMENT REGIMENS OF CARIES IN IMMATURE PERMANENT TEETH | |
| Tserakhava T.N., Shakavets N.V., Klenovskaya M.I., Melnikava E.I., Naumovich D.N., Cherniauskaya N.D. | 162 |
| ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ НА ЕТАПІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗНІМНОЮ АПАРАТУРОЮ | |
| Філоненко В.В., Біденко Н.В. | 165 |
| ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕННЯ НОСОВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЧНИМИ ВИДАМИ ПРИКУСУ | |
| Фліс П.С., Вишемирська Т.А. | 167 |

| | |
|--|-----|
| ЗБЕРЕЖЕННЯ ЦІЛОСТІ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕННЯ ОКЛЮЗІЇ ТА РОЗВИТКУ ВСЬОГО ОРГАНІЗМУ ДИТИНИ Фліс П.С., Вознюк В.П., Петрусь В.В., Табачок Ю.В..... | 169 |
| ДИСТАЛІЗАЦІЯ МОЛЯРІВ НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕПІ ЗА ДОПОМОГОЮ ДИСТАЛІЗАТОРА З ОПОРОЮ НА МІНІ-ІМПЛАНТИ В ДІЛЯНЦІ СЕРЕДИННО-ПІДНЕБІННОГО ШВА Фліс П.С., Канюра О.А., Ращенко Н.В., Коваленко А.О., Мельник Б.М. | 171 |
| ТРАНСПОЗИЦІЯ ЗУБІВ (ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД) Фліс П.С., Мазка В.В. | 173 |
| ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ОРТОДОНТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ Фліс П.С., Омельчук М.А., Бобокал А.М., Омельчук К.М., Циж А.В., Кириченко Н.А. | 176 |
| ПЛАНУВАННЯ ОРТОДОНТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ І ОБСЯГИ ПОСЛУГ, ЯКІ ЗГІДНО З НОРМАТИВОМ РОЗРАХОВАНІ НА ОДНУ ДИТИНУ Фліс П.С., Омельчук М.А., Вознюк В.П., Омельчук К.М., Кириченко Н.А. ... | 178 |
| ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АНОМАЛІЙ ПОЛОЖЕННЯ ЗУБІВ ТА ПРИКУСУ З УРАХУВАННЯМ ВІКУ ПАЦІЄНТІВ Фліс П.С., Омельчук М.А., Леоненко Г.П., Омельчук К.М., Кириченко Н.А. . | 181 |
| ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РЕТЕНЦІЙНИХ АПАРАТІВ ДЛЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ Фліс П.С., Омельчук М.А., Ращенко Н.В., Омельчук К.М., Кириченко Н.А..... | 183 |
| УДОСКОНАЛЕННЯ СПОСОБУ РЕТЕНЦІЇ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ Фліс П.С., Омельчук М.А., Ращенко Н.В., Циж А.В. | 186 |
| THE ORTHODONTIC APPLIANCES FOR TREATMENT OF OPEN BITE BY P. FLIS – V. FILONENKO AND P. FLIS – O. TSYZH – V. FILONENKO Flis P., Filonenko V., Tsyzh O. | 188 |
| ВПЛИВ ОРТОДОНТИЧНОЇ АПАРАТУРИ НА СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ТА АЛЬВЕОЛЯРНОЇ ЧАСТИНИ ЩЕЛЕП Фліс П.С., Циж А.В., Ращенко Н.В., Омельчук М.А., Кириченко Н.А..... | 191 |
| ГІНГІВІТ, АСОЦІЙОВАНИЙ ІЗ ЗУБНОЮ БІОПЛІВКОЮ, – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ Хоменко Л.О., Остапко О.І., Сороченко Г.В., Голубева І.М..... | 194 |
| РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ТРАВМ ЗУБІВ З НЕЗАВЕРШЕНИМ ФОРМУВАННЯМ КОРЕНЯ Чегертма Е.І., Плиська О.М. | 197 |
| ВМІСТ МІНЕРАЛЬНИХ КОМПОНЕНТІВ У РОТОВІЙ РІДИНІ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ Чухрай Н.Л., Лещук С.Є., Фур М.Б. | 199 |

**ПОШИРЕНІСТЬ МЕЗІАЛЬНОГО ПРИКУСУ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ
В ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Чухрай Н.Л., Міськів А.Л. 202

**ПОШИРЕНІСТЬ ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ
З ІНФЕКЦІЙНИМ МОНОНУКЛЕОЗОМ**

Чухрай Н.Л., Савчин С.В., Дубецька-Грабоус І.С. 204

**INDICATORS OF EARLY CHILDHOOD CARIES INCIDENCE IN BELARUSIAN
CHILDREN ACCORDING TO THE NEW INTERNATIONAL PROTOCOL**

Shakavets N., Antonenka A., Zhylevich A., Svirskaya A. 206

**ГУМОРАЛЬНІ ЧИННИКИ ВРОДЖЕНОГО ІМУНІТЕТУ В ЗМІШАНІЙ СЛИНІ
У ДІТЕЙ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ РОТОГЛОТКИ**

Шматко В.І. 207

МОДЕЛЮВАННЯ ОСТЕОПОРОЗУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НА ТЛІ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ

Шматко В.І., Шаповалова Г.І., Артемчук А.В. 209

**THE EFFECT OF DIET ENRICHED WITH PYROPHOSPHATE (E-450)
ON MORPHOLOGICAL CHANGES OF TOOTH GERMS OF MOUSE EMBRYOS**

Yakubova I.I., Ostrianko V.I., Tsypan S.B., Skrypnyk Y.V., Volkova S.V. 211

РОЗДІЛ 4

**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ЩОДО ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ
ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЧНИМИ СТАНАМИ
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ**

**СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЗАСТОСУВАННЯ АВТОГЕННИХ, БІОГЕННИХ ТА
КРІОКОНСЕРВОВАНИХ ТКАНИН У ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ТА ПЛАСТИЧНІЙ ХІРУРГІЇ
ОБЛИЧЧЯ**

Аветіков Д.С., Локес К.П., Кравченко С.Б. 213

**АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ НУКЛЕОТИДНИХ ПРЕПАРАТІВ
ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВИЛИЧНОЇ КІСТКИ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ
ПОШКОДЖЕННЯМ ІНФРАОРБІТАЛЬНОГО НЕРВА**

Барило О.С., Фурман Р.Л. 215

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ
СЕРЕД ПАР МОНОЗИГОТНИХ ТА ДИЗИГОТНИХ БЛИЗНЮКІВ**

Білінський О. Я., Костенко Є.Я. 217

**ЕКСПРЕСІЯ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ 16 ТИПУ СЕРЕД
РІЗНИХ ГІСТОЛОГІЧНИХ ТИПІВ ПЛЕОМОРФНИХ АДЕНОМ СЛИННИХ ЗАЛОЗ**

Бродецький І.С., Маланчук В.О., Дядик О.О.,
Мірошниченко М.С., Кротевіч М.С. 220

| | |
|--|-----|
| EXPERIENCE OF USE OF THE CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF SALIVARY STONE DISEASE OF SUBMANDIBULAR SALIVARY GLANDS: CLINICAL CASE REPORT | |
| Vares Ya.E., Filipyskiy A.V., Filipaska T.A. | 221 |
| ЦЕРВІКО-МАНДИБУЛЯРНА ДИСФУНКЦІЯ. ФОРМИ ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ | |
| Бовк В.В., Неспрядько В.П. | 224 |
| МОНОТЕРАПІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА ПРЕПАРАТАМИ СЕРРАТИОПЕПТИДАЗИ | |
| Воловар О.С., Крижанівська О.О. | 228 |
| LOCAL CORRECTION OF TISSUE HYPOXIA IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS (EXPERIMENTAL STUDY) | |
| Volovyk I. A., Borysenko A. V. | 231 |
| ALZHEIMER'S DISEASE: PERIODONTAL PATHOGENS AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT | |
| Harashchuk I.V. | 233 |
| КІЛЬКІСНІ ЗМІНИ САЛІВАЦІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ | |
| Глуценко Т.А. | 235 |
| ВПЛИВ ГЕЛЮ «ФІАЛКА» НА АКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТУ | |
| Горбатовська Н.В., Ніколаєва Г.В., Новицький В.Б. | 237 |
| ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ «GBT» У ПРОФЕСІЙНІЙ ГІГІЄНІ ПОРОЖНИНИ РОТА | |
| Горленко Т.І. | 239 |
| ІНДИВІДУАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ОКЛЮЗІЙНОЇ ПОВЕРХНІ ПЕРШОГО НИЖНЬОГО МОЛЯРА | |
| Готич Р.І., Воробець А.Б. | 242 |
| КОМБІНОВАНИЙ СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ З УЛЬТРАЗВУКОВИМ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНИМ ОБРОБЛЕННЯМ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЬ | |
| Гриновець І.С., Ріпещька О.Р., Гриновець В.С., Денега І.С., Бучковська А.Ю. | 244 |
| ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПОКАЗНИКІВ МІЦНОСТІ ТА ТРІЩИНІСТІЙКОСТІ ЕЛАСТИЧНИХ ТА АКРИЛОВИХ ПОЛІМЕРІВ ДЛЯ БАЗИСІВ ЗМІННИХ ПРОТЕЗІВ МЕТОДОМ АКУСТИЧНОЇ ЕМІСІЇ | |
| Гуньовська Р.П., Гуньовський Я.Р. | 246 |

| | |
|---|-----|
| ЗАСТОСУВАННЯ CAD/CAM ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ПРОЕКТУВАННЯ РЕЗЕКЦІЙНОГО ЕНДОПРОТЕЗУ ПІДБОРІДНОЇ ДІЛЯНКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ | |
| Дворник В.М., Кузь Г.М., Єрис Л.Б., Тесленко О.І., Тумакова О.Б., Кузь В.С. | 248 |
| ВІДМІННІСТЬ АЛЬВЕОЛІТУ ВІД ЛУНОЧКОВОГО БОЛЮ | |
| Джавдіасл А., Рибачук А.В. | 250 |
| ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СОРБЦІЙНО-АПЛІКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ | |
| Дікова І.Г., Печковський К.Є., Захарова С.М. | 252 |
| ПЕРЕВАГИ ВИКОРИСТАННЯ ЦИРКОНІЄВИХ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ | |
| Дмитришин Ю.Б., Панькевич В.В., Пуцько З.П. | 255 |
| ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ РЕПЛІК ДЛЯ ПРИЖИТТЄВОГО ВИЗНАЧЕННЯ ЗМІН ПОВЕРХНІ ЕМАЛІ ВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ У СКЕНУВАЛЬНОМУ ЕЛЕКТРОННОМУ МІКРОСКОПІ | |
| Довганик В.В., Синиця В.В. | 257 |
| СУЧАСНІ П'ЄЗОХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ КІСТОК ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ | |
| Єгізарян О.Г. | 259 |
| ОЦІНЮВАННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ НА ТЛІ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН | |
| Іваницька О.С., Іваницький І.О., Буханченко О.П., Гаврильєв В.М., Розколупа О.О. | 261 |
| СТАН МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ В КІСТЦІ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКУ ЩУРІВ ПРИ ВПЛИВІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ГІПОКСІЇ ТА КАРІЄСОГЕННОГО РАЦІОНУ | |
| Іванов В.С. | 263 |
| ПОЄДНАНІ ПРОЯВИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ: СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТА СТРАТЕГІЯ УПРАВЛІННЯ | |
| Клочан С.М. | 266 |
| КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ | |
| Кокарь О.О., Дементьєва О.В. | 268 |
| СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОФІЛАКТИКУ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ВАГІТНИХ | |
| Коленко Ю.Г., Колесник К.В. | 271 |
| LOCAL IMMUNITY OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS AND BRONCHIAL ASTHMA | |
| Kolenko Y.G., Lynovytska O.V., Timokhina T.O. | 272 |

| | |
|--|-----|
| РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ В ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВНОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ | |
| Коленко Ю.Г., Синько А.О. | 275 |
| ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНОГО ПЕРЕБІГУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХОЕМОЦІЙНИМ СТРЕСОМ | |
| Кононова О.В. | 276 |
| ОПТИМІЗАЦІЯ ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ФІБРОМАТОЗОМ ЯСЕН З УРАХУВАННЯМ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ | |
| Копчак О.В., Азаров О.В., Черняк С.Я., Айрапетян К.А. | 279 |
| ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАРОДОНТОПРОТЕКТОРНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МУКО-ГІНГІВАЛЬНОГО ГЕЛЮ НА РОСЛИННИЙ ОСНОВІ | |
| Копчак О.В., Береговий О.О. | 281 |
| ІН'ЄКЦІЙНІ МЕТОДИ ВІДНОВЛЕННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТА ПРИ СПОНТАННОМУ ПАРОДОНТИТІ У ЩУРІВ (ДОКЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ) | |
| Копчак О.В., Марченко Н.С., Макаренко О.М., Савосько С.І. | 283 |
| КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ | |
| Копчак О.В., Янішевська Л.М., Янішевський К.А., Куліш А.С. | 285 |
| ОСОБЛИВОСТІ НЕКАРІОЗНИХ УШКОДЖЕНЬ ЗУБІВ | |
| Костишин А.Б., Костишин З.Т., Ільницька О.М., Штурмак В.М. | 287 |
| ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ СНЩС В РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПЕРІОД COVID-19 | |
| Костюк Т.М., Хомяк К.І. | 289 |
| ОЦІНКА СТАНУ ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З ГЛЮТЕНАСОЦІЙОВАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ | |
| Кустрьо Т.В. | 292 |
| ЗАСТОСУВАННЯ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ | |
| Личман В. О. | 294 |
| ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ОЗОНУ НА ЖИТТЄЗДАТНІСТЬ ПРЕДСТАВНИКІВ МІКРОФЛОРИ ПОРОЖНИНИ РОТА | |
| Локота Ю.Є., Палійчук І.В., Куцик Р.В., Палійчук В.І. | 296 |
| ПОРІВНЯННЯ ГЕМОГРАМ ХВОРИХ НА РАК ПОРОЖНИНИ РОТА В РАЗІ ВИКОРИСТАННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ І ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ | |
| Лунгу В.І., Лунгу К.В. | 298 |

| | |
|--|-----|
| МІКРОЯДРА ЕКСФОЛІАТИВНИХ КЛІТИН БУКАЛЬНОГО ЕПІТЕЛІЮ ЯК МАРКЕР МУТАГЕННОГО ЕФЕКТУ ЦИТОСТАТИКІВ | |
| Лунгу В.І., Лунгу К.В., Лунгу С.В. | 300 |
| ПІДВИЩЕННЯ ПРОТИПУХЛИННОГО ЕФЕКТУ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ ПОРОЖНИНИ РОТА | |
| Лунгу В.І., Лунгу К.В., Лунгу С.В. | 303 |
| У ХВОРИХ НА РАК ПОРОЖНИНИ РОТА У РАЗІ ВИКОРИСТАННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ | |
| Лунгу К.В. | 306 |
| ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН, ВУЗЛОВИХ ШВІВ, ВНУТРІШНЬОШКІРНОГО ШВА ТА ШКІРНОГО КЛЕЮ В ЕКСПЕРИМЕНТІ | |
| Маланчук В.О., Жураковська Г.В., Савосько С.І. | 310 |
| ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РЕТЕНЦІЇ ВЕРХНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ | |
| Мартинець М.Я., Олійник А.Г., Угляр І.М., Палій А.В., Лука М.М. | 312 |
| МЕТОД ЛІКУВАННЯ ДЕСКВАМАТИВНОГО ГЛОСИТУ НА ТЛІ ХВОРОБ ТРАВНОГО ТРАКТУ | |
| Марченко А.В., Дев'яткіна Т.О., Литовченко І.Ю., Розколупа Н.В., Іленко Н.М., Ніколішина Е.В., Чечотіна С.Ю. | 314 |
| МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИКА ЦИТЕАЛ В ЕНДОДОНТІЇ | |
| Марченко А.В., Литовченко І.Ю., Костиренко О.П., Сідаш Ю.В., Іленко-Лобач Н.В. | 316 |
| ОСТЕОРЕГЕНЕРАТИВНА АКТИВНІСТЬ ПЕРІОСТУ В ДІЛЯНКАХ НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ КІСТОК, УРАЖЕНИХ КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ | |
| Мокрик О.Я., Гаврильців С.Т., Ломницький І.Я., Ковпак Л.В. | 318 |
| МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ХЕЙЛІТУ | |
| Несин О.Ф., Печковський К.Є., Печковська І.М., Тівоненко Л.І. | 321 |
| ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ | |
| Несин О.Ф., Регурецька Р.А. | 323 |
| ОСОБЛИВОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ ЗА ПОВНОЇ ВТРАТИ ЗУБІВ У ОСІБ СТАРЕЧОГО ВІКУ | |
| Неспрядько В.П., Богатирьова Д.І. | 325 |
| ЦИФРОВИЙ МЕТОД АНАЛІЗУ ПЛОЩІ ФАСЕТОК СТЕРТОСТІ ЗУБІВ. ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ BRUXSCHECKER | |
| Неспрядько В.П., Невинний Г.М. | 328 |

| | |
|---|-----|
| ДОСЛІДЖЕННЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА В ТКАНИНАХ КРАЙОВОГО ПАРОДОНТА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РЕТРАКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ БІОТИПОМ ЯСЕН | |
| Неспрядько В.П., Терехов С.С. | 331 |
| РЕЗУЛЬТАТИ БІОХІМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ АНТИОКСИДАНТНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ГЕЛЮ «МУМІЄ» В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТУ | |
| Новицька І.К., Друм М.Б., Косенко Д.К. | 334 |
| АНАЛІЗ МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОГЕЛЕВИХ ПОВ'ЯЗОК ПРИ ОДОНТОГЕННИХ АБСЦЕСАХ ТА ФЛЕГМОНАХ | |
| Огоновський Р.З., Мельничук Ю.М., Погранична Х.Р., Слободян Р.В. | 337 |
| ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ САД/САМ ТЕХНОЛОГІЙ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛОВКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ | |
| Павличук Т.О., Чепурний Ю.В., Копчак А.В. | 339 |
| ЗАСТОСУВАННЯ ФІБРИНУ, ЗБАГАЧЕНОГО ТРОМБОЦИТАМИ (А-PRF), ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ ЩЕЛЕП, ЩО НАГНОЇЛИСЯ | |
| Панькевич А.І., Колісник І.А., Гоголь А.М. | 341 |
| АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗУ АЛЬВЕОЛЯРНОЇ КІСТКИ У ХВОРИХ НА ЗАПАЛЬНІ, ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНІ ТА ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА | |
| Печковський К.Є., Несин О.Ф., Печковська І.М. | 343 |
| КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА ТА СИСТЕМАТИЗАЦІЯ СКРЕНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКИХ ЛІКУВАЛИ З ПРИВОДУ ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ СУГЛОБОВОГО ВІДРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ | |
| Погранична Х.Р., Огоновський Р.З., Мельничук Ю.М. | 345 |
| ПОРУШЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ОСТЕОПЕНІЄЮ | |
| Пюрик В.П., Деркач Л.З., Ярмошук І.Р. | 347 |
| КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ФІБРОЗНОЇ ОСТЕОДИСПЛАЗІЇ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ | |
| Пюрик В.П., Тарнавська Л.В., Домбрович С.В. | 349 |
| ЧАСТОТА ТКАНИННОЇ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО КІСТКОВОГО АНТИГЕНУ У ХВОРИХ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА ПРИ НЕРВОВІЙ АНОРЕКСІЇ | |
| Решетник Л.Л., Антоненко М.Ю. | 351 |
| НАСЛІДКИ ШТУЧНОГО КОНТРАСТУВАННЯ ПРОТОК ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАРОДИТИ | |
| Рибалов О.В., Андриянова О.Ю., Яценко П.І., Правда А.В. | 353 |

**THE ROLE OF ANNUAL PROPHYLACTIC EXAMINATIONS
IN THE PREVENTION OF PERIODONTAL DISEASES**

Ripetska O., Hrynovets V., Deneha I., Buchkovska A., Dovhanyk V. 355

**ЗАКОНОМІРНОСТІ ДИНАМІКИ ЩІЛЬНОСТІ ТА МІНЕРАЛЬНОГО СКЛАДУ
КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРА НА ТЛІ ОПІОЇДНОГО ВПЛИВУ
ТА ПІСЛЯ ЙОГО ВІДМІНИ**

Рудницька Х.І., Согуйко, Р.Р., Масна З.З., Масна-Чала О.З.,
Адамович О.П., Чалий Т.В., Коцаренко М.В. 357

**CLINICAL ASPECTS OF PERIODONTAL TISSUE ADAPTATION
TO OCCLUSION LOAD IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED
PERIODONTITIS**

Sergeieva A.V., Timokhina T.O., Khrol N.S. 360

**ПСИХОПАТИЧНІ СТАНИ ПАЦІЄНТІВ ТА ЇХ СПЕЦИФІКА
У СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ПАРОДОНТОЛОГА**

Сєргєєва І.Є. 362

**СТАТИСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДХОДІВ ДО ВИБОРУ СТОМАТОЛОГАМИ
РІЗНИХ МЕТОДИК ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ
ЗУБІВ (АНАЛІЗ АНОНІМНОГО АНКЕТУВАННЯ)**

Симоненко Р.В., Тирса О.В., Філоненко Т.В. 365

**PECULIARITIES OF EXAMINATION AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS
WITH SKIN AND ORAL MUCOSA IN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY**

Skikevych M.G., Mukovoz O.E., Voloshyna L.I. 367

**ОЦІНЮВАННЯ НАПРЯМКІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ МАЛИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ
ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ М.ХАРКОВА**

Слинько Ю.О. 370

**ЗМІНИ РЕОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КРОВІ ПІСЛЯ РОЗКРИТТЯ
ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

Стебловський Д.В., Бондаренко В.В., Локес К.П., Кудря А.І. 372

CARIES VACCINE: PERSPECTIVES OF CREATION

Strochenko Ye.O. 374

**ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ОЗНАК У ПРОЦЕСІ
ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ХВОРИХ З ПІДОЗРОЮ
НА СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНІ РОЗЛАДИ**

Телішевська У.Д., Телішевська О.Д., Михайлович М.Ю. 376

**ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ ТА МОНІТОРИНГУ
ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ**

Телішевська У.Д., Телішевська О.Д., Слободян Р.В. 378

**ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ДВОКОМПОНЕНТНИХ
ПАЦІЄНТСПЕЦИФІЧНИХ ЕНДОПРОТЕЗІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО
СУГЛОБА**

Терлецький Р.О., Чепурний Ю.В., Копчак А.В..... 380

**МІСЦЕВИЙ ІМУНІТЕТ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ
НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

Тімохіна Т.О., Несин О.Ф., Печковський К.Є 382

**ЗМІНИ КЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У РУБЦЕВОЗМІНЕНИХ ТКАНИНАХ
НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ФОРМУВАННЯ ЇХ У РАЗІ ЗАСТОСУВАННЯ
КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ НА ІНТРАОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ**

Торопов О.А 385

**ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ
ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ З ДЕФЕКТАМИ ОРБИТИ**

Чепурний Ю.В., Копчак А.В..... 387

**АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ ОКЛЮЗІЇ ТА ВІДНОВЛЕННЯ
ОКЛЮЗІЙНОЇ РІВНОВАГИ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ
І СТУПЕНЯ ЗА УМОВ БЕЗПЕРЕРВНОГО ЗУБНОГО РЯДУ**

Червонна Н.В., Неспрядько В.П., Прощенко А.М. 389

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТОСПЕЦИФІЧНИХ ІМПЛАНТАТІВ,
ВИГОТОВЛЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕХНОЛОГІЇ СЕЛЕКТИВНОГО ЛАЗЕРНОГО
СПІКАННЯ ТИТАНУ (DMLS) У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕФЕКТАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Черногорський Д.М., Воллер М.В., Копчак А.В..... 391

ДОСВІД ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АЛЬВЕОЛІТУ

Чумаченко О.В., Топчій Д.В..... 393

ОСОБЛИВОСТІ ЗНЕБОЛЕННЯ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Чумаченко О.В., Топчій Д.В..... 395

**ТЯЖКІСТЬ ПОЄДНАНОЇ ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ТРАВМИ У ПАЦІЄНТІВ
З ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА**

Шуминський Є.В., Копчак А.В. 397

