



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
ЄВРОПЕЙСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ**

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ
В РЕАЛІЯХ ВІЙНИ»
ДО 30-РІЧЧЯ УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ
ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ**

**Київ
12 червня 2026 р.**

Ужгород
ТДВ «Патент»
2026

УДК 617.52-089.844

М 32

Загальна редакція: професор кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця Воловар О.С., член-кореспондент НАМН України, Лауреат Державної премії, Заслужений діяч науки і техніки України, радник від України в EACMFS, UACMFS, Президент UACMFS, професор В.О. Маланчук.

Місце проведення: Київ, Зоологічна, 1, СМЦ НМУ імені О.О. Богомольця, конференційний зал (3-й поверх).

Конференцію зареєстровано в МОЗ України, НАМН України та Укрмедпатентінформі (Ресстр з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводимуться у 2026 році).

Публікації подано із збереженням думок авторів. Всі права захищено. Жодна публікація не може копіюватися, дублюватися та використовуватися у будь-якому вигляді без письмової згоди авторів публікації та видавців збірника.

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю М 32 «Щелепно-лицева хірургія в реаліях війни» : до 30-річчя Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів (Київ, 12 червня 2026 р.) / за заг. ред. проф. О.С. Воловар, проф. В.О. Маланчука. – Ужгород : ТДВ «Патент», 2026. – 112 с. ; іл.

ISBN 978-617-589-272-5

До збірника ввійшли тексти виступів учасників науково-практичної конференції з міжнародною участю «Щелепно-лицева хірургія в реаліях війни».

УДК 617.52-089.844

ISBN 978-617-589-272-5

© Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, 2026



WELCOME – FROM NICHOLAS KALAVREZOS, PRESIDENT EACMFS

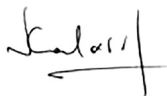
Dear Friends and Colleagues,

It is my great honour as the President of the European Association to address the meeting of the Ukrainian Association of Cranio-Maxillo-Facial Surgery.

The EACMFS has stood side by side with the Ukrainian Association and has condemned with the strongest possible words the violation of the Ukrainian sovereignty. To that end the EACMFS has supported the Ukrainian Association and we remain committed to continuing this support for as long as possible. In that respect we can only express our admiration for the ongoing efforts of our Ukrainian maxillo-facial colleagues providing care to the heroes, soldiers and civilians alike who have sustained horrible war injuries whilst at the same time maintaining the highest possible educational standards by holding scientific meetings such as this one of the Ukrainian Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery.

The EACMFS is thankful for your efforts and stand in full support!

Nicholas Kalavrezos
President, EACMFS





WELCOME – FROM TITIAAN DORMAAR, ASSISTANT SECRETARY OF THE EACMFS



Dear conference participants!

This scientific and practical conference with international participation is dedicated to the 30th anniversary of the Ukrainian Association of Craniomaxillofacial Surgeons in Wartime, which is especially necessary in wartime. Therefore, I wish you to continue developing your complex specialty for the benefit of your country, your people. With respect,

Since 2022 he is assistant secretary of the EACMFS.

Titiaan Dormaar
Assistant secretary of the EACMFS

ЗМІСТ

I. ПИТАННЯ ІСТОРІЇ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ФАХУ

30 років Українській асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів: досягнуте і майбутнє	9
<i>Маланчук В.О., Процик В.С., Воловар О.С., Бродецький І.С.</i>	
75 років з дня народження професора Шувалова Сергія Михайловича.....	14
<i>Колектив кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії</i>	
XVII конгрес Азійської асоціації хірургів-стоматологів та щелепно-лицевих хірургів	17
<i>Бродецький І.С., Бродецька Л.О.</i>	
Кафедра і гуманітарна допомога	21
<i>Маланчук В.О.</i>	

II. ЗНЕБОЛЕННЯ, ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ, ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Лікування запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки з урахуванням біологічних властивостей мікрофлори	24
<i>Маланчук В.О., Сидоряко А.В.</i>	
Зміни імунологічної відповіді хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки при введенні до плану лікування імунomodulatory.....	27
<i>Маланчук В.О., Сидоряко А.В.</i>	
Сучасні підходи корекції мікробіоти у комплексній терапії та профілактиці запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки	29
<i>Швидченко В.С., Крижанівська О.О., Добрий-Вечір Т.В.</i>	

III. ТРАВМА ТА РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНА ХІРУРГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Predictability in Cranio-Orbital Fractures	33
<i>Simon Holmes</i>	
Хірургічне видалення мінно-уламкового стороннього тіла з підбірідної ділянки: клінічний випадок	34
<i>Литовченко Н.М., Семенова Т.Р., Стратулат В.О.</i>	
Методика локального застосування PRGF (F2) під час BSSO: кореляційний аналіз рівнів факторів росту (HGF, PDGF, VEGF, FGF, IGF) та регенерації нижнього альвеолярного нерва.....	36
<i>Логвиненко І.П., Дахно Л.О., Бурсова В.С.</i>	

Досвід виконання металоостеосинтезу при вибухових травмах щелепно-лицевої ділянки за матеріалами відділення щелепно-лицевої хірургії та отоларингології	38
<i>Лук'яненко М.А., Падалка Р.М., Непомнящий В.М., Дуднік Д.Г.</i>	
Дослідження біосумісності поліуретанових мембран для спрямованої регенерації кісткової тканини щелепно-лицевої ділянки	42
<i>Рожнов А.С., Астапенко О.О., Наражайко Л.Ф.</i>	
Хірургічне лікування аномалійно розташованого зуба верхньої щелепи.....	45
<i>Бінецький С.М., Маланчук В.О.</i>	
Місцеве використання дексаметазону в профілактиці післяопераційних ускладнень після відкритого синусліфтингу	47
<i>Єфисько В.М., Єфисько Н.А.</i>	
Можливості ортодонтичної корекції прикусу в післяопераційному періоді лікування односторонньої нижньої мікрогнатії	50
<i>Скворцова І.Г.</i>	
Особливості відстроченої кісткової пластики нижньої щелепи при вогнепальних ураженнях (клінічний випадок)	52
<i>Нагірний Я.П., Твердохліб Н.О., Стефанів І.В., Катеринюк В.О.</i>	
Модель експерименту для обґрунтування ролі субстрату для замішування кістково-пластичного матеріалу	54
<i>Ємельянов С.Д., Астапенко О.О.</i>	
Мінно-вибухова травма щелепно-лицевої ділянки: сучасний стан проблеми та опис клінічного випадку	55
<i>Гусейнов А.Н., Маланчук В.О., Майстренко В.П., Мирошніченко М.С., Бойко А.А., Гринюк О.І.</i>	
Порівняльний аналіз об'ємних характеристик м'яких тканин орбіти пацієнтів з ендокринною орбітопатією за допомогою методів комп'ютерного моделювання.....	60
<i>Слободянюк А.С.</i>	
Досвід лікування вогнепальних поранень щелепно-лицевої ділянки	61
<i>Литовченко Н.М., Стратулат В.О., Порутчикова Є.В.</i>	
Secondary lip corrections in patients with a cleft lip: indications, techniques, and aesthetic-functional outcomes.....	62
<i>Titiaan Dormaar</i>	

IV. ХВОРОБИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Діагностичні критерії та їх вплив на вибір алгоритму лікування внутрішніх порушень скронево-нижньощелепних суглобів	63
<i>Семенова Т.Р., Воловар О.С.</i>	

Еволюція скронево-нижньощелепного суглобу людини	65
<i>Шувалов С.М.</i>	

Лікування міофасціального синдрому дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба за допомогою методу «Dry needling»	66
<i>Воловар О.С., Пірожкова А.М.</i>	

Лікування пацієнтів із дегенеративно-дистрофічними захворюваннями скронево-нижньощелепного суглоба колагеном I типу	67
<i>Крижанівська О.О., Воловар О.С.</i>	

Клінічно-функціональні та цифрові біомаркери структурно-функціональних протоколів оцінки фізіологічного міжщелепного положення у пацієнтів із дисфункцією стоматогнатичної системи	70
<i>Вовк В.Ю., Вовк Ю.В.</i>	

Фізіологічні межі відкривання рота та гіпермобільність як фактори розвитку дисфункції скронево-нижньощелепного суглобів	72
<i>Шувалов С.М., Криничних Г.І., Нагайчук В.В., Фечук Л.І.</i>	

V. ДЕНТАЛЬНА ІМПЛАНТАЦІЯ

Залежність між щільністю кісткової тканини та первинною стабільністю дентальних імплантатів залежно від типу кістки	73
<i>Бродецький І.С., Жураковська Г.В.</i>	

Корозійна стійкість та її вплив на результативність та стабільність дентальної імплантації	75
<i>Лось В.В., Маланчук В.О., Талаш В.М., Руденко Ю.Б., Василюшин У.Р., Борисенко Д.А.</i>	

Новітні підходи до дентальної імплантації у військовослужбовців із пораненнями у щелепно-лицеву ділянку	77
<i>Астапенко О.О., Коваленко В.В., Шевчук Р.І., Облап М.В.</i>	

Порівняльна оцінка параметрів периімплантних тканин як предикторів успішності імплантації	79
<i>Астапенко О.О., Свінціцький А.В.</i>	

Покращення трофіки тканин післяопераційної ділянки в ділянці імплантації	81
<i>Передков К.Я., Маківський Б.А., Передкова Т.К.</i>	

Персоналізований підхід до одномоментної дентальної імплантації.....	83
<i>Якименко Р.О., Лобур М.О., Луценко А.О., Литовченко Н.М.</i>	

VI. ПИТАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Застосування бактеріофагів для лікування та корекції захворювань тканин пародонта при захворюваннях щелепно-лицевої ділянки	85
<i>Тимохіна Т.О., Кривцова М.В.</i>	

Оцінка якості життя пацієнтів із pemphigus vulgaris	86
<i>Печковський К.Є., Несин О.Ф., Печковська І.М., Самойленко С.С.</i>	

Диференційна діагностика пухирчатки з проявами інших патологій на слизовій оболонці порожнини рота	89
<i>Несин О.Ф., Печковський К.Є., Тимохіна Т.О., Самойленко С.С.</i>	

Лікування хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту у пацієнтів з гастроєзофагеальним рефлюксом	92
<i>Вейсман О. О., Куцта А.О., Гребенюк Д.І.</i>	

VII. ПИТАННЯ ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Стоматологічна профілактика у межах мультидисциплінарного ведення дітей із зубощелепними деформаціями, ускладненими анатомо-функціональними порушеннями язика.....	95
<i>Біденко Н.В., Мельник А.О., Філоненко В.В.</i>	

Вітальна терапія пульпи тимчасових зубів і постійних зубів із нессформованими верхівками	98
<i>Хоменко Л.О., Біденко Н.В., Остапко О.І., Голубева І.М.</i>	

Реставрації зубів у дітей: сучасний погляд на проблему	101
<i>Любарець С. Ф., Мультко Н. М.</i>	

Необхідність індивідуального гігієнічного супроводу дітей із цукровим діабетом I типу при хірургічних стоматологічних втручаннях як складова профілактики запальних ускладнень у порожнині рота	103
<i>Артемчук А.В., Савичук О.В.</i>	

VIII. ПИТАННЯ НАВЧАННЯ В ЗВО

Особливості викладання стоматологічних дисциплін у сучасному освітньому середовищі медичного закладу вищої освіти.....	106
<i>Кульбашина Я.А., Скрипник І.Л.</i>	

Психологічна трансформація професійної самосвідомості зубних лікарів: аналіз хірургічної філософії М.Б. Фабриканта на VI одонтологічному з'їзді в харкові (1911-1912 рр.).....	108
<i>Рябоконь С.М., Рябоконь Р.С.</i>	



I. ПИТАННЯ ІСТОРІЇ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ФАХУ

30 РОКІВ УКРАЇНСЬКІЙ АСОЦІАЦІЇ ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ: ДОСЯГНУТЕ І МАЙБУТНЄ

Маланчук В.О., Процик В.С., Воловар О.С., Бродецький І.С.

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

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Історія почалася в 1992 р., коли Президент Європейської асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів (ЄАЧЩЛХ) університет-професор Р. Фріс (Лінц) відвідав м. Київ, професора Ю. Бернадського, професорів України та сусідніх країн. Він запросив колег приєднатися до Європейської та Світової асоціацій, прочитав організаційну та клінічну лекцію, надав поради.

У вересні 1992 р. на запрошення Р. Фріса відбувся перший візит делегації України на XI конгрес ЄАЧЩЛХ в Інсбрук (Ю. Бернадський, В. Маланчук, В. Живогляд, А. Живогляд). Зробили доповідь (доповідав В. Маланчук), слухали лекцію Поля Тесьє, засновника черепно-лицевої хірургії. Надали в секретаріат ЄАЧЩЛХ список з 12 професорів, згодом 18 для їхніх контактів з асоціацією.

23.06.1993 р. професор Р. Фріс вдруге відвідав кафедру, був присутній на зборах зі створення Української асоціації (36 осіб присутні на засіданні). Створили оргкомітет, головою став професор Ю. Бернадський, заступник Ю. Вовк, секретар В. Маланчук та В. Клименко.

У вересні 1994 р. відбувся другий візит українських представників на XII конгрес ЄАЧЩЛХ в Гаагу, який проводив П. Стоелінга. На конгресі були присутні професори: Л. Харьков, В. Куцевляк, В. Маланчук, представлені європейським колегам, вступили до ЄАЧЩЛХ, зробили наукові доповіді.

01.01.1995 р. д.мед.н. В. Маланчук був обраний завідувачем кафедри хірургічної стоматології НМУ імені О.О. Богомольця. Розпочали роботу над програмою з хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії для студентів, ввели 15 сучасних тем, провели кафедральну апробацію, затим професор О. Рибалов і професор Г. Рузін зробили рецензію про-

грами, і в 1997 р. МОЗ України затвердив програму підготовки студентів з дисципліни «хірургічна стоматологія».

12.01.1996 р. у м. Києві була проведена друга конференція зі створення Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів, установчі документи надали професорам В. Куцевляку, Ю. Вовку, О. Рибалову, Г. Рузіну, В. Процику, доцентам Л. Яковенко, Є. Бабову, Д. Центіло та присутнім на цій конференції (фото 1).



Фото 1. В. Маланчук, Ю. Вовк, Ю. Бернадський, О. Рибалов, В. Куцевляк (перший ряд, зліва направо); Д. Центіло, Г. Рузін, В. Процик, Л. Яковенко, Є. Бабов (другий ряд, зліва направо)

Головуючим конференції був професор Ю. Бернадський, секретар В. Маланчук (фото 2).



Фото 2. Професори: Ю. Вовк, Ю. Бернадський, В. Маланчук, В. Куцевляк (зліва направо)

На цій же конференції було представлено емблему Української АЧЩЛХ (фото 3), автором якої був А. Горпінченко.

При подачі документів 06.04.1996 р. у Мін'юст України разом з доц. Ф. Возним (день пам'яті професора Г.І. Семенченко) при реєстрації документів нам було повідомлено, що професор О. Тимофеев 25.12.1995 р. провів установчу конференцію у Київському інституті удосконалення лікарів, тоді ж була створена асоціація щелепно-лицевих хірургів, де О. Тимофеев був обраний президентом цієї асоціації.

Професору Ю. Бернадському ніхто не сказав про конференцію в Київському інституті удосконалення лікарів. Про назву асоціації професор Ю. Бернадський вирішив так: «Наша кафедра давно працює з Європейською асоціацією, знає її керівників, співробітники кафедри працюють на конгресах, робимо черепно-лицеві операції, тому асоціації дамо назву, як в Європі – черепно-щелепно-лицевої хірургії, всі підстави для цього є». Потім виправили папери, Мін'юст їх прийняв.

Після повернення завідувача кафедри професора В. Маланчука з відрядження як члена Держкомісії з приводу ідентифікації загиблих громадян України в авіакатастрофі (Шпільберген, Норвегія) у вересні 1996 р. було видано свідоцтво № 777 про реєстрацію Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів. Спочатку був проінформований професор Ю. Бернадський, після завідувачі кафедр хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії України, завідувачі відділень щелепно-лицевої хірургії України, Рада Європейської Асоціації ЧЩЛХ, зокрема Руді Фріс.

За 34 роки (з 1992 р.) і 30 років (з 1996 р.) існування Української АЧЩЛХ зроблено багато. Бажаючи були прийняті в Європейську АЧЩЛХ і Українську АЧЩЛХ, інші асоціації, брали участь у міжнародних конгресах, стажуваннях і конференціях. Це викладачі кафедр, колеги з відділень щелепно-лицевої хірургії, з фірм, молоді колеги, інтерни, аспіранти. Проведено 33 науково-практичних заходи (з'їзди, конференції) з друком матеріалів тез цих заходів. У 2011 році народний артист України, лауреат міжнародних конкурсів України, Європи, США композитор О. Гонаболін написав гімн асоціації, а текст – лікар А. Бутузов і завідувач відділення щелепно-лицевої хірургії обласної клінічної лікарні м. Хер-



Фото 3. Емблема Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів

сон М. Лук'яненко. На I з'їзді Української АЧЩЛХ було представлено гімн асоціації та в подальшому щоразу розпочинався з'їзд чи конференція з гімну.

Більшість клінік сьогодні мають (за рекламою) власного щелепно-лицевого хірурга (це престижно), рідше – хірурга-стоматолога. Це свідчення про зростання популярності та іміджу спеціальності серед колег і населення.

За ці роки зроблено:

1. Створення Української АЧЩЛХ в 1992–1996 рр.
2. Створення можливостей для візитів за кордон на навчання, з 1992 р.
3. Організація роботи з інтеграції з колегами з розвинутих країн.
4. Участь у створенні асоціацій: АСУ, ВАПРЕХ, УАСО (1994 р., 1999 р., 2016 р.) і в їх керівних органах, курсу для студентів «Основи стоматології».
5. Створення 12 сучасних програм для студентів, лікарів у 1995–2025 рр.
6. 29 років роботи з МОЗ України по введенню спеціальності щелепно-лицева хірургія (1992–2021 рр.).
7. З 1997 р. розпочато травневі щорічні конференції, з'їзди (всього 33) із друком 33 книжок матеріалів.
8. Запрошення провідних лекторів і фахівців в Україну.
9. Введено фах ЩЛХ, Наказ № 799 МОЗ України від 23 квітня 2021 р. (1992–2021 рр.).
10. Дозвіл Інтернаціональної асоціації хірургічної стоматології та щелепно-лицевих хірургів стажувати в Україні щелепно-лицевих хірургів для інших країн світу (2010 р.).
11. Розвиток практичної роботи з відділеннями лікарень, фірмами.
12. Введення +2 місць зі стоматології в НАМНУ (2003, 3 замість 1).
13. Нова назва Інституту стоматології НАМНУ (ІСЩЛХ) в м. Одесі (2016 р.).
14. Організовано стажування молодих лікарів на курсах за кордоном (з 1993 р., в т.ч. Каролінський інститут, Швеція).
15. Участь молодих лікарів у конгресах ЄАЧЩЛХ (з 1992 р.), нині близько 100 лікарів у списках ЄАЧЩЛХ (на заходах бувало до 700 осіб).
16. Гуманітарна допомога – обладнання, інструменти (стоматологічні установки, ліжка, кардіомонітори, наркозний апарат, ліки, інше (понад 100 і 70 000 дол.)).
17. Лікування хворих з колегами інших країн (О. Антонішин, Канада та інші).

18. Участь у створенні 2-х кафедр щелепно-лицевих хірургів в НМУ імені О.О. Богомольця.

19. Помітний розвиток спеціальності в Україні (запальні процеси, травматологія, онкологія, імплантація, пластична, відновна і реконструктивна хірургія, кісткова пластика, краніо-щелепно-лицева хірургія та інші).

20. Потрібно навести лад в структурі спеціальності (ХС, ЩЛХ, ЧЛХ), організації, лікувальній роботі, рішеннях, навчанні (дуальна система освіти), відповідальності, обладнанні, термінах та інше.

21. Продовжувати і надалі розвиток спеціальності з колегами в потрібному для України сучасному світовому напрямку.

Будь-яка хірургія як частина медицини є складною інтегративною біологічною спеціальністю. Оволодіння нею вимагає насамперед загальних людських чеснот – розуміння, культури, чесності, загальних, медичних і спеціальних знань, людяності, уваги, етики, витримки, наполегливості, постійних зусиль тих, хто вирішив йти цим тернистим шляхом.

Особливо це стосується, з огляду на складності анатомії, фізіології, психології, ролі обличчя в житті людини, особливостей та сфери відповідальності цих спеціальностей, а саме хірургічної стоматології, щелепно-лицевої та черепно-щелепно-лицевої хірургії.

Історія свідчить, що щелепно-лицева хірургія Європи, світу народилася у Європі та США в роки Першої світової війни. Сьогодні в Україні вона завдяки зусиллям і наполегливості наших вчителів і колег вже юридично існує з 2021 р., але впроваджена з відставанням від світу трохи більше ніж на 100 років. І Україна має при цьому світових геніїв медицини: М.І. Пирогова, Ю.К. Шимановського, І.І. Мечникова, В.П. Філатова, С.С. Тігерстедта, Скліфосовського, О.О. Богомольця, Г.І. Семенченка та інших. І, крім того, ентузіазм, енергію, бажання, сподіваємося, чистосердних початківців.

Тому розвиток черепно-щелепно-лицевої хірургії в Україні, незважаючи на певні проблеми, перепони, обставини, триватиме, бо цей шлях об'єктивно співпадає з вимогами часу, потребами людей, розвитком суспільства та цивілізації, нашої країни і людства.

75 РОКІВ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ПРОФЕСОРА ШУВАЛОВА СЕРГІЯ МИХАЙЛОВИЧА

*Колектив кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Вінницький національний медичний університет*

ім. М.І. Пирогова, Україна, Вінниця

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії



10 грудня 2025 р. виповнюється 75 років завідувачу кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова – доктору медичних наук, професору кафедри, заслуженому професору Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

У 1973 р. Сергій Михайлович Шувалов закінчив стоматологічний факультет Іркутського медичного інституту. Після закінчення інституту з 1973 по 1977 р. працював на посаді хірурга-стоматолога в м. Мінусинську Красноярського краю. З 1977 по 1979 р. навчався в клінічній ординатурі Іркутського медичного інституту на кафедрі хірургічної стоматології. Завдяки проявленій хірургічній активності, методичності та працьовитості Сергій Михайлович був запрошений на кафедру і працював протягом 1979–1990 рр. асистентом кафедри хірургічної стоматології Красноярського медичного інституту.

Упродовж 1980–1984 рр. працював заступником декана стоматологічного факультету, а в 1982–1983 рр. виконував обов'язки декана. Також брав активну участь у створенні стоматологічного факультету. У 1987 році в м. Омськ захистив кандидатську дисертацію «Лікування гнійної рани при одонтогенних флегмонах з використанням властивостей напівпроникних мембран». Протягом 1987–1989 рр. Сергій Михайлович перебував у відрядженні в Народній демократичній республіці Ємен як щелепно-лицевий хірург.

Після повернення з відрядження в період з 1990 по 1992 р. працював на посаді лікаря-ординатора відділення «Пухлин голови і шиї» Обласного клінічного онкодиспансеру, де була виконана основна частина наукової роботи, впроваджені нові методики операції з видалення пухлин ротового відділу глотки. У 1992 р. був запрошений на роботу у Вінниць-

ку обласну клінічну лікарню ім. М. І. Пирогова на посаду завідуючого щелепно-лицевого відділення.

За ініціативи Сергія Михайловича та за його участі корпус щелепно-лицевого відділення був розбудований та розширений вдвічі. За ініціативи та активної хірургічної участі С.М. Шувалова, з метою покращення надання допомоги дітям з вродженими вадами обличчя, на базі Обласної клінічної дитячої лікарні був створений Центр дитячої щелепно-лицевої хірургії. Також за його ініціативи було відкрито відділення невідкладної допомоги щелепно-лицевим хворим та постраждалим на базі Міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги на 20 ліжок.

Тривалий час Сергій Михайлович був позаштатним обласним щелепно-лицевим хірургом УОЗ. У 1999 р. він захистив докторську дисертацію на тему «Злоякісні пухлини ротоглотки» (м. Київ). Після захисту дисертації у 2000 р. був запрошений на роботу у Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова на кафедру стоматології дитячого віку. Цього ж року Сергію Михайловичу присвоєно вчене звання професора. У 2005 р. Сергій Михайлович призначений завідувачем кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Під його керівництвом проводиться велика лікувальна і методична робота, здійснюється підготовка 12 хірургів стоматологів, щелепно-лицевих хірургів у інтернатурі, спеціалізації та аспірантурі. На кафедрі активно виконуються наукові дослідження з актуальних проблем щелепно-лицевої хірургії. Під керівництвом професора захищені 8 кандидатських дисертацій та 2 докторських, виконується 1 дисертаційна робота. Сергій Михайлович підготував 17 клінічних ординаторів, 12 з яких є громадянами зарубіжних країн, 22 інтерни та 6 магістрів за спеціальністю «хірургічна стоматологія». Результати його наукової роботи надруковані у вітчизняних та закордонних наукових виданнях, кількість яких складає понад триста публікацій.

У 2021 р. Українською федерацією Сергій Михайлович визнаний «Науковцем року». У 2024 р. ректором та Вченою радою ВНМУ ім. М.І. Пирогова йому присвоєно звання «Заслужений професор ВНМУ». Основними напрямками та результатами в навчально-педагогічній роботі професора є створення: 1. Системи інтерактивної комунікації між викладачем та студентом, лікарем-курсантом при вивченні прикладної топографічної анатомії та хірургії щелепно-лицевої ділянки (видана монографія на дану тему); 2. Структурологічних стандартів відповідей і об'єктивізації їх оцінки по основним напрямкам щелепно-лицевої хірургії.

Напрями наукової діяльності: 1. Розроблена концепція біології єдиної нейросекреторної системи носа і порожнини рота (сльоза, слиз, слина). 2. Прослідковано розвиток нейросекреторної системи носа і рота в філо- і онтогенезі. 3. Дано анатомо-функціональне обґрунтування існування епітеліальних каналів носа і рота. 4. На основі анатомо-топографічних досліджень показане значення біляносових пазух, як протекторів і терморегуляторів головного мозку. 5. Розробляється концепція біології дифузної ендокринної системи носа і рота. Вивчається її значення в філогенезі і особливості онтогенетичного розвитку. 6. Вперше в медичній літературі в Україні описані ангіопроліферативні інфільтрати в білявушній і скроневій ділянках (ангіолімфоїдна проліферація (гіперплазія), хвороба Кімура). 7. На основі філо- і онтогенетичних досліджень, застосування методу порівняльної анатомії людини і тварин показаний розвиток підборіддя, його будова, кровообіг, іннервація. На основі отриманих даних в клініці виявлені нові симптоми порушення іннервації підборідного відділу, які мають важливе значення в ортогнатичній хірургії та травматології щелепно-лицевої ділянки. Показані також особливості регенерації кісткового відділу підборіддя. 8. Розроблений і впроваджений метод накісткового визначення проєкції нижньоальвеолярного нерва в передопераційному періоді і під час проведення операції «Остеосинтез титановими пластинами». 9. Розроблений і впроваджений комплексний метод провідникового знеболення, який включає базальні анестезії та блокади глибоких відділів верхньої третини шиї при операціях у нижній третині щелепно-лицевої ділянки і шиї. 10. Розроблена і впроваджена методика видалення злоякісних пухлин ротового відділу глотки і пластики дефекту глотки при зовнішньому оперативному доступі. 11. Клінічно показаний і анатомо-топографічно пояснений механізм порушення і втрати акту ковтання при операціях на рото- і гортаноглотці. Розроблено і впроваджено поняття про функціональний елемент органу, адаптовано до ротового відділу глотки, як до нейром'язового комплексу похідних III зябрової дуги, в результаті чого сформульовані основні принципи органозберігаючих операцій в даній ділянці, що зберігають функцію ковтання, глотки і гортані. 12. Описаний і виділений в окрему нозологічну одиницю аурикулодентальний синдром, як специфічний фрагмент синдрому I-II зябрових дуг. 13. Виявлений та патофізіологічно обґрунтований піднебінно-язиковий рефлекс. 14. Вперше експериментально та клінічно доведено негативний вплив патології гепатобіліарної системи на загоєння переломів кісток і ран обличчя та розроблена комплексна схема лікування

хворих з патологією ЩЛД. 15. Надано обґрунтування наявності патології ембріональних залишків слинних залоз в кістах і пухлинах щелеп. Проводиться пошук та систематизація гістологічних відмінностей еволюційних кіст щелеп. 16. Надано клінічне обґрунтування варіантів вегетативної іннервації підщелепної залози. 17. Розроблено та впроваджено в клініку нові методи операцій та збереження гілок лицевого нерву при паротидектомії та видаленні підщелепної залози. 18. Розроблена та впроваджена в клініку нова класифікація лімфатичної системи голови. Описана клініка запалення бокових глоткових лімфатичних вузлів.

XVII КОНГРЕС АЗІЙСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ ХІРУРГІВ-СТОМАТОЛОГІВ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ

Бродецький І.С.¹, Бродецька Л.О.²

НМУ імені О.О. Богомольця, Україна, Київ

Кафедра хірургічної стоматології¹ ННІ стоматології

НМУ імені О.О. Богомольця, Україна, Київ

Кафедра ортодонції² ННІ стоматології

НМУ імені О.О. Богомольця, Україна, Київ

В період 26–29 березня 2026 року у місті Гонконг (КНР) проходив XVII конгрес Азійської асоціації хірургів-стоматологів та щелепно-лицевих хірургів (ACOMS, 2026). Цей визначний захід проходив у Гонконгському виставковому центрі. У ньому взяли участь понад 1000 делегатів із 27 країн Азії та 19 неазійських країн світу. Було представлено 280 усних доповідей та 320 постерів.

Співробітником кафедри хірургічної стоматології НМУ імені О.О. Богомольця в секції «Онкологія голови та шиї» було представлено усну доповідь – проф., д.мед.н. Бродецький І.С. «Результати хірургічного лікування пацієнтів з плеоморфними аденомами великих слинних залоз».

Усна доповідь, яка була відібрана для презентації науковим комітетом конгресу з міжнародною участю, присвячена результатам хірургічного лікування пацієнтів з плеоморфними аденомами великих слинних залоз. Після закінчення доповіді отримано позитивні відгуки, була жвава дискусія.

У секції пухлин основи черепа китайські науковці провели диференціювання різноманітних хірургічних доступів залежно від розташування



Доповідь проф., д.мед.н. Бродецького І.С. на XVII конгресі Азійської асоціації хірургів-стоматологів та щелепно-лицевих хірургів, Гонконг, 2026

пухлини (скроневий, оро-цервікальний, лицевий, скронево-потиличний, скронево-потилично-шийний, скронево-лицево-шийний) та окреслили основні виклики цього напрямку лікування (обмеженість підходу, глибоке розташування, проблема блокових резекцій, немає можливості корекції пошкодження критичних структур).

В секції пухлини сонних артерій китайські науковці запропонували класифікацію хірургічного лікування, розділивши їх на 4 типи залежно від ступеня ураження судини: субадвентиційна дисекція (1 тип), дисекція із наступним первинним відновленням (2 тип), резекція із наступним лікуванням (3 тип), резекція із наступною реконструкцією судини (4 тип).

Цікавою була доповідь американських науковців про використання ICG (введення флуоресцентного барвника індоціаніну зеленого), доповідала Марія Морента Силва. Кон'югати ICG, спрямовані на пухлину (у випробуваннях), флуоресцують ракову тканину інтраопераційно. Прототипи демонструють 88% чутливість для виявлення позитивного краю порівняно з 74% замороженої біопсії. Крім цього, цей метод дозволяє візуалізувати венозні синуси твердої мозкової оболонки та артеріальні судини, що їх живлять при проведенні хірургічного доступу до кісток основи черепа. Це, в поєднанні із моніторингом нервів, зменшує ризик

ураження черепно-мозкових нервів при видаленні парафаренгіальних пухлин.

Цікавою була доповідь китайських науковців у секції «новітні розробки в онкології», де продовжили вивчення конструювання органоїдів, отриманих безпосередньо від пацієнта (так званих PDO – Patient-Derived Organoids). Дослідження органоїдів дозволить вивчати пухлину в «мініатюрі», а не окремі клітини. Дозволить зрозуміти, як пухлина створює захист від різних ліків, які процеси відбуваються навколо пухлини, і, саме головне, створити ефективні індивідуалізовані ліки від злоякісних пухлин.

В секції імплантації було декілька цікавих доповідей від науковців із різних країн Азії. Перша актуальна доповідь Yu Zhang показала використання навігаційних шаблонів спочатку для забору автотрансплантату в ділянці зовнішньої косої лінії нижньої щелепи із позиціонуванням отвору для фіксації гвинтом кісткового блоку на реципієнтній ділянці, а потім використовуючи другий навігаційний шаблон, який має шахту для препарування під імплантат, і, саме головне, фіксатори із точним позиціонуванням для кісткового блоку із заздалегідь утвореним отвором для фіксації блоку. Це дозволяє одночасно проводити введення імплантату в кісткову тканину щелепи та фіксувати кістковий блок навколо нього із максимально точним позиціонуванням та відсутністю ризику пошкодження імплантату фіксуючим блок титановим гвинтом. Друга доповідь корейських науковців визначила «drug-holiday» при використанні антирезорбтивної терапії. Так, залежно від типу препарату ці терміни відрізняються, від 2–12 місяців повинна бути перерва перед проведенням імплантації та 6–8 тижнів період перерви без цих ліків для загоєння.

Цікавою була доповідь китайських науковців, яка стосувалася анатомічної класифікації MRONJ. Так, на верхній та нижній щелепах виділяють поширення процесу за трьома стадіями. Так, 1 стадія на верхній щелепі – локалізація процесу в межах альвеолярної кістки, 2 стадія – на рівні дна носової порожнини та гайморової пазухи, 3 стадія – на рівні підчочномкового краю. На нижній щелепі 1 стадія – на рівні альвеолярної кістки до нижньощелепного каналу та ментального отвору, 2 стадія – між нижньощелепним каналом і ментальним отвором і краєм нижньої щелепи, 3 стадія – із ураженням нижнього краю щелепи.

Враховуючи, що значна частина конгресу була присвячена онкології щелепно-лицевій ділянці (ЩЛД) та шиї, цікавою є доповідь Руї Фернандеса (США) та Ю Хі (КНР), де окрім опису різноманітних

пластичних і реконструктивних операцій на тканинах ЩЛД та шиї наводяться дані про розповсюдженість онкологічної патології серед населення світу. Так, професор Руї Фернандес наводить цифру в 1,5 млн нових клінічних випадків раку шкіри кожен рік у США. А професор Ю Хі, вказує, що кожен рік фіксується близько 20 млн нових випадків раку, де 49,2 % припадає на країни Азії, з них 5 млн або 25 % випадків на КНР серед країн Азії. На країни Європи – 22,4 % випадків, на США – 21,1 %, країни Африки – 5,9 %.

Треба підкреслити, що досить численна кількість доповідей була в різних наукових секціях, які стосувалися ускладнень. Так, серед ускладнень мікрохірургічної техніки професор Д. Асеро виділив: тромбоз вен і гематома шиї, неадекватна довжина ніжки та її геометрія, неадекватне венозне дренування та перегин вени. На донорській ділянці можуть виникати вогнища мукомікозу, що вимагають в рідких випадках проведення ампутації кінцівки.

В багатьох наукових секціях наприкінці проводилися жваві дискусії та обговорювалися складні клінічні випадки, що підвищувало загальний науковий рівень конгресу.

Активна участь української делегації в конгресі Азійської асоціації хірургів-стоматологів та щелепно-лицевих хірургів в якості спікерів свідчить про високий рівень визнання наших фахівців на міжнародній арені.

Висновки.

1. Щелепно-лицеві хірурги та хірурги-стоматологи світу розвивають можливості фаху, розширюють співпрацю між фахівцями суміжних спеціальностей всіх країн.

2. Підвищується складність і обсяг операцій з покращанням результатів лікування хворих із складною патологією, в тому числі суміжних ділянок.

3. Українська асоціація черепно-щелепно-лицевих хірургів, кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології НМУ імені О.О. Богомольця слідкують за сучасними напрямками розвитку спеціальності у світі та Україні, а наша програма для студентів, національний підручник з фаху кафедри відповідають сучасному напрямку розвитку спеціальності.

КАФЕДРА І ГУМАНІТАРНА ДОПОМОГА

Маланчук В.О.

Національна академія медичних наук України

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

Україна, Київ

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Робота будь-якого локального колективу, кафедри в організованій структурі і в чітко обумовленій позиції залежить від ряду факторів. Це – загальні зовнішні умови, регламентація і якість діяльності очільників цієї структури, керівників локального колективу, офіційних зовнішніх постійних рамок і умов роботи.

У 1989–1993 рр. умови роботи кафедри погіршилися: 1989 р. скоротили 4 ставки з лікарями травмпункту (зникли хворі з травмами, швидкою допомогою і кваліфікація лікарів відділення помітно знизилася). 1993 р. наше щелепно-лицеве відділення виселили з 4-го поверху Стоматологічного корпусу НМУ, де працювали співробітники кафедри з 1963 р., в будівлю з гнилою дерев'яною стелею та дахом, обладнання клініки було старе і його було мало. У 1993 році раптом пішов з життя завідувач кафедри проф. Д. Дудко. Офіційні запити керівництву отримати обладнання були неефективні, тому почали вирішувати проблему доступними методами, але через інші офіційні установи.

Нам було потрібно: медичне обладнання, ліжка і меблі, медична, дихальна і фізіотерапевтична апаратура, класичні і спеціальні хірургічні інструменти, медикаменти (антибіотики, знеболюючі, антисептики, інше), медична білізна, перев'язувальні матеріали, маски, рукавички та інше.

Почали із простого, очевидного.

1). Гуманітарні фонди. Тоді їх в країні було багато. Ми були у 17–20 фондах, просили допомоги і нам однаково відповідали: давайте заявку і чекайте 2–3 місяці; у нас такого немає; ресурси закінчилися. Лише у фонді «Тріумф серця» керівник Стефан Арпад зразу допоміг. Подальшу роботу доручили завідувачу відділення щелепно-лицевої хірургії, і за 10–12 років для КМКЛ №12 фондом було надано понад 600 функціональних ліжок, медичне обладнання для 7 операційних, медикаменти, старі хірургічні інструменти, меблі, інше. Зразу стало легше працювати в операційній, бо була допомога.

2). Робота з комітетом «Червоний хрест України» (ЧХУ). Директором його був І.С. Усиченко, заступником – Л.Н. Хабарова, звернулися

до них. Після прохань з суттєвим впливом апарату Президента України у 2003 р. отримали одне мобільне стоматологічне військове пересувне металеве крісло, набори стоматологічних інструментів, трохи медичної білизни (все давниною 40–45 років), деякі медикаменти.

3). Держкомісія з ідентифікації громадян України, загиблих у авіакатастрофі (Шпіцберген, Норвегія). У нашій групі були проф. Ю.П. Шупик, д.мед.н. О.В. Філіпчук, д.мед.н. В.О. Маланчук. З нами працювали експерти з Університету Осло. Треба було враховувати співпадіння 2 показників з 3: дактилоскопію (але її не було, бо пальці – «прачки»), стоматологічний статус, ДНК (кров везли літаками з України). Ця комісія – перша в світі, яка ідентифікувала 100% загиблих. Професор Сігрід Квол, стоматолог, передала керівництву Університету Осло наше прохання щодо допомоги і проконтролювала його виконання. Так, ми отримали в робочому стані стоматологічне крісло «PITER» (установка не працювала) віком 30 років, воно працювало ще довго у хірургічному відділенні. Отриманням, розмитненням та перевезенням у Києві займався доцент Ф.Ф. Возний. А експерти отримали подяку Королівської кримінальної поліції за хорошу роботу.

4). Держкомісія з ідентифікації громадян України, загиблих у авіакатастрофі (грудень 1997 р., Салоніки, Греція) була у тому ж складі медиків, керівником був зам. міністра професор А.П. Картиш. Тут були інші умови, тому і ідентифіковано 27 осіб з 30 загиблих. З нами був посол України Сергєєв і майбутній посол В. Шкуров. Саме вони взяли перелік бажаного обладнання та майже через 2 роки роботи з муніципалітетом м. Афіни вирішили питання гуманітарної поставки майже на 100000 дол. США. Ми отримали: стоматологічну установку, два кардіомонітори, наркозний апарат, дві ін'єкційні системи, дефібрилятор, два функціональних ліжка, деякі малі інструменти. Доставка вантажу для університету була безкоштовною (через українську авіакомпанію-перевізника і гуманітарну комісію Кабінету Міністрів), а розмитнення тривало пів року.

5). У 1997 році асистент Н.А. Березовська через знайомих у Лондоні та Голландії організувала велику гуманітарну поставку витратних матеріалів – лікувальних, перев'язувальних, антисептиків, шприців і голів, трохи інструментів та інше. Вистачило працювати клініці майже на 4 роки. Ціна поставки близько 30000 дол. США.

6). EACMFS – заклик Ради асоціації всім щелепно-лицевим хірургам світу допомагати колегам України лікувати поранених, дозвіл безкоштовної участі в конгресах, більше місць на стажування, згода надати

Україні право навчати в себе щелепно-лицевих хірургів світу. Допомога такого рівня не має грошового еквіваленту.

7). Посол Азербайджану з помічником у 2022 р. запросила професора В.О. Маланчука та ас. А.Н. Гусейнова на офіційний обід і прийом до посольства та подякували за підтримку Україною кандидатури Азербайджану на проведення ним у себе чергового конгресу Європейської асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів. Водночас посол підтримала гуманітарну поставку з Азербайджану від професора Ч. Рагімова – інструменти для остеосинтезу, винти, пластини, інше. Вартість поставки приблизно 15000 дол. США.

8). Стоматологічні фірми, фірми-продавці, окремі лікарі у 2022–2023 рр. надавали нам в Університетську клініку переважно малий стоматологічний інструментарій (22 набори, лотки, інше), витратні матеріали. Ці витратні матеріали ми самі неодноразово вивозили своїм автомобілем.

9). Влітку 2024 р. знайомі передали от фірми-виробника з Німеччини новий дуже ефективний гемостатичний препарат «STARSIL» вартістю 60.000 євро при умові передати його в серйозні медичні установи, які лікують поранених і надають хірургічну допомогу. Препарат «STARSIL» було передано: 1) в НАМН України (Президенту, академіку В.І. Цимбалюку), 2) в Центральний шпиталь МО України, 3) в Університетську клініку НМУ імені О.О. Богомольця, 4) в інститут імені Шалімова.

10). Все отримане в якості гуманітарної допомоги було передано за призначенням в НАМН України, Центральний шпиталь МО України, в Стоматологічний центр університету, в Університетську клініку, в КМКЛ № 12 і її щелепно-лицеве відділення. Витратні матеріали використані в роботі, імплантати-фіксатори відламків кісток допомогли виликувати багато хворих.

Висновки.

- 1). Діяльність кафедри за останні 35 років була ефективною і корисною для пацієнтів і лікарів.
- 2). Треба шукати нові шляхи, можливості для вирішення позитивних задач і удосконалення організації та надання медичної допомоги.
- 3). Хто шукає, той знайде; стукайте і вам відчинять.



II. ЗНЕБОЛЕННЯ, ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ, ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ З УРАХУВАННЯМ БІОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МІКРОФЛОРИ

Маланчук В.О.¹, Сидоряко А.В.²

*·Національний медичний університет імені О.О. Богомольця¹,
Україна, Київ*

*Навчально-науковий інститут післядипломної освіти²
«Запорізький державний медико-фармацевтичний університет»,
Україна, Запоріжжя*

Актуальність. Підвищення ефективності лікування хворих з гострими запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки, що знаходяться у тяжкому стані, в останні десятиріччя стало можливим завдяки впровадженню нових медичних технологій, перш за все активне дренивання індивідуальними дренажами, застосування від'ємного сталого тиску, введення антибактеріальних засобів лімфотропно за допомогою комп'ютерних програм.

Одночасно спостерігається низка проблем, пов'язаних підтримкою запального процесу біоплівками – співтовариства мікроорганізмів різних видів, які існують у тривимірному мукополісахаридному матриксі на катетерах, дренажах та рановій поверхні (Романова Ю.М., Диденко Л.В., Толордава Е.Р).

Розрізняють два основних джерела інфікування післяопераційних ран у хворих на флегмони ЩЛД: ендогенне та екзогенне. Ендогенним джерелом є одонтогенний фактор. Внаслідок інфікування із цього джерела зазвичай розвиваються ускладнення лікування або нелікування хронічного ускладненого карієсу, обумовлені чутливою до антибіотиків мікрофлорою верхніх зубів (стафілококи та стрептококи, гемофільні палички). Екзогенним джерелом інфікування післяопераційних ран стає контамінація повітря та вироби медичного призначення, що контактують з поверхнею рани (катетери для санації, індивідуальні дренажі, гумові стрічкові дренажі та ін.).

Мета дослідження. Підвищити ефективність профілактики лікування гнійних ран завдяки впливу на співтовариства мікроорганізмів різних видів, які розташовуються в післяопераційних ранах.

Матеріали та методи. Нами було проведено діагностику та комплексне лікування 60 хворих на одонтогенні флегмони щелепно-лицевої ділянки, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії на базі кафедри стоматології післядипломної освіти ННПО ЗДМФУ.

Хворі були розподілені на 2 групи: група I – 30 хворих, лікування проводилося загальноприйнятим методом. Група II – 30 пацієнтів, у яких до лікування додані були сучасні методи лікування (активне дренування гнійних післяопераційних ран, введення другого антибактеріального засобу лімфатичним шляхом за показанням, введення PRP на стадії репарації). Хворим у другій групі проводили заміну активного та пасивних дренажних випускників щоденно, так як під час дослідження ми припустили гіпотезу розташування біоплівки на допоміжних медичних приладах.

Середній вік хворих основної групи – $38,4 \pm 12,1$ років, групи порівняння – $41,3 \pm 13,1$, $p = 0,32$ за критерієм Манна-Уїтні.

Всі хворі отримували комплексне хірургічне лікування, яке передбачало оперативне лікування (розкриття, некректомію, ревізію та дренування гнійного вогнища), антибактеріальну терапію, за показаннями – дезінтоксикаційну, інфузійну та симптоматичну.

Результати дослідження. Спостереження показали позитивну динаміку лікування хворих у другій групі. Вже на 2-гу добу після початку лікування було відзначено, що у рані зменшилася ексудація, рана почала покриватися фібрином, а на четвертій добі виділення практично не відбувалося.

Але у 5 (8 %) пацієнтів одужання і репаративні процеси зайняли більш тривалий час, бо були порушені кілька міжфасціальних просторів і анатомічних ділянок. Середній термін перебування даних хворих в стаціонарі склав $11,34 \pm 1,1$ доби, так як у цих 5 (8 %) пацієнтів був знижений імунний статус.

При мікробіологічному дослідженні, що проводилося на 1-шу та 5-ту добу, були виділені та ідентифіковані патогенні наступні штами-збудники: *Staphylococcus: epidermidis* 7,4 %, *haemolyticus* 4,2 %, *saprophyticus* 2 %, *aureus* 7,3 %; *Streptococcus: pyogenes* 9,7 %, *pneumonia* 6,7 %, *mitins* 11,2 %. У 3,5 % пацієнтів було виділено непатогенну *Corynebacterium*,

у 4,8 % – *Acinetobacter lwoffii*, у 4,8 % – *E. Coli*, у 5,3 % – *Enterobacter*, у 4,7 % – *Peptostreptococcus*, у 4,3 % – *Peptococcus*, у 4 % – *Prevotella melaninogenica*, у 6,8 % – *Clostridium bifermentas*, у 5,9 % – *Veillonella parvula*, у 7,4 % – *Moraxella*.

В усіх пацієнтів під час мікроскопії патологічного біологічного матеріалу, отриманого з ран під час перев'язок у 1-шу добу, виявлено скупчення нейтрофільних лейкоцитів та мікроорганізмів. Бактерії були розташовані як вільно, так і на нейтрофілах на 3-тю добу та на 5-ту добу в рані. У 5 (8 %) пацієнтів з'являлися аморфні субстанції, які містили мікроорганізми. Скупчення бактерій виявлено на нитках фібрину навколо нейтрофілів. Також спостерігали вільно розташовані бактерії. Структура цих утворень нагадувала структуру бактеріальних плівок, отриманих *in vitro*. Після перев'язки хворого та заміни дренажів на нові (продезінфіковані), у всіх пацієнтів 2-ї групи, де проходили спостереження біоплівки, було ізольовано з фіброзних нашарувань не тільки на дні та стінках ран та поверхні грануляцій, але спостерігалися мікроскопічно їх велика кількість на дренажних випускниках.

Аналіз мікроскопічного дослідження показує, що плівкоутворення на досліджених об'єктах на першу добу культивування відбувається сповільнено: у проміжку часу від 6 до 12 год. кількість життєздатних клітин у плівці становило від $\lg 4,08$ КУО/мл до $\lg 4,15$ КУО/мл, що у відносних показниках складає близько 16%. Тільки після 24 год культивування відмічено зростання кількості до рівня $\lg 5,65$ КУО/мл.

Протягом другої доби культивування кількість клітин на поверхні зразків зросла більш ніж на один порядок і досягла $\lg 8,08$ КУО/мл. Кількість бактеріальних клітин у біоплівці досягла максимуму на кінець четвертої доби культивування, протягом п'ятої доби експерименту залишалась незмінною. Вочевидь, процес структуризації бактеріальних біоплівок на поверхні зразків у цей період часу був завершеним. На шостій добі спостережень було відмічено невелике падіння кількості життєздатних клітин у бактеріальній біоплівці.

Підводячи підсумки на наведені вище результати дослідження слід зазначити, що процес плівкоутворення неферментуючими грам-негативними бактеріями на поверхні зразків розпочинається з численних центрів, характеризується певною стадійністю і завершується утворенням сітчастої структури, що вкриває всю поверхню зразка. Було відзначено, що формування структури біоплівки завершується на кінець четвертої доби перебування зразка у культурі неферментуючих бактерій.

Висновки.

1. Лікування гнійно-запальних захворювань в даний час повинно включати альтернативні методи, які б фізично впливали на структуру матрикса біоплівки.

2. Для профілактики ускладнень та боротьби з розповсюдженням біоплівок на поверхні дренажів та медичних пристроїв останні потрібно змінювати не менше чим 1 раз на дві доби.

3. Проводити культивування зразків мікрофлори з рани кожні 2 доби для ефективності дії антибактеріального препарату.

ЗМІНИ ІМУНОЛОГІЧНОЇ ВІДПОВІДІ ХВОРИХ НА ФЛЕГМОНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ ВВЕДЕННІ ДО ПЛАНУ ЛІКУВАННЯ ІМУНОМОДУЛЯТОРА

Маланчук В.О.¹, Сидоряко А.В.²

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця¹,
Україна, Київ*

*Навчально-науковий інститут післядипломної освіти²,
«Запорізький державний медико-фармацевтичний університет»,
Україна, Запоріжжя*

Актуальність. Лікування гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки і в даний час залишається надзвичайно актуальним. Крім того, відзначається неухильне зростання прогресуючих флегмон, декількох клітковинних просторів, що призводять до таких важких ускладнень, як контактний медіастеніт, сепсис, менінгіт, менінгоенцефаліт та ін., а 0,3% спостережень призводить при ускладненні до летального результату. Широке застосування антибіотиків призвело до зміни видового складу та властивостей мікрофлори, а це, у свою чергу, до зниження ефективності антибіотикотерапії. Незважаючи на застосування антибактеріальних препаратів широкого спектру дії та вдосконалення методик оперативних втручань, частота інфекційних ускладнень у хірургії залишається високою та становить від 5 до 17 %.

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки шляхом оцінки імунної відповіді визначенням найінформативніших показників і кількості субпопуляцій імунограм серед Т- і В-лімфоцитів після введення до плану лікування імуномодулюючого препарату.

Матеріали та методи. Нами було проведено діагностику та комплексне лікування 120 хворих на одонтогенні флегмони щелепно-лицевої ділянки, які перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні на базі кафедри стоматології післядипломної освіти ННПО «ЗДМФУ». Забір крові проводили напередодні операційного втручання, на 5-ту добу лікування та перед виписуванням зі стаціонару.

Хворі були розподілені на 2 групи: група I – 60 хворих, лікування проводилося загальноприйнятим методом. Група II – 60 пацієнтів, у яких до лікування додані були сучасні методи лікування (активне дренивання гнійних післяопераційних ран, введення другого антибактеріального засобу лімфатичним шляхом по показанням, введення PRP на стадії репарації).

Імунологічні показники оцінювали шляхом вивчення імунологічної резистентності організму хворих шляхом визначення рівня прозапальних (IL1 β , IL-6, IL-8, ФНП) та протизапального (IL-4) інтерлейкінів та рівень імунного статусу (імунограма) у периферичній крові при госпіталізації та після закінчення лікування з використанням комерційних тест-систем Вектор-Бест методом імуноферментного аналізу на апараті «Сапрайз» Австрія.

Результати дослідження. Рівень прозапальних (IL-6, IL-8, ФНП) та протизапальних (IL1 β , IL-4) інтерлейкінів до та після лікування з використанням імуномодуючого препарату, що містить сухий очищений екстракт тимусу (вилочкової залози), представлений у таблиці.

Рівні прозапальних та протизапальних інтерлейкінів до та після лікування

Цитокіни пг\мл	Розлиті флегмони ЩЛД		Контрольна група
	До лікування M $\pm$ m, n=40	Після лікування M $\pm$ m, n=40	M $\pm$ m, n=30
IL-6	63,29 $\pm$ 13,25	19,11 $\pm$ 2,19	3,16 $\pm$ 0,22
IL-8	68,48 $\pm$ 0,02	21,52 $\pm$ 4,09	4,34 $\pm$ 0,49
ФНП	2,8 $\pm$ 0,62	1,39 $\pm$ 0,37	0,20 $\pm$ 0,06
IL1 β	2,14 $\pm$ 0,11	3,78 $\pm$ 0,17	0,12 $\pm$ 0,09
IL-4	0,93 $\pm$ 0,02	3,24 $\pm$ 0,14	0,42 $\pm$ 0,26

У перший день надходження до оперативного лікування рівень прозапальних інтерлейкінів (IL-6, IL-8, ФНП) достовірно перевищував

показники в контрольній групі. Отже, імунна відповідь організму була недостатньою для запобігання одонтогенним ускладненням. Після проведеного лікування значення цих показників зменшувалися у 2,5 рази порівняно з показниками першого дня. Отже, імунна відповідь організму була недостатньою для запобігання одонтогенним ускладненням.

Протизапальні інтерлейкіни (IL1 β , IL-4) у перший день надходження трохи перевищували показники контрольної IL-4 групи, тоді як після лікування їх значення значно збільшилися.

Висновки. 1. Рівень протизапальних цитокінів (IL1 β , IL-4) був незначно збільшений на час початку терапії і достовірно зростав у процесі лікування, що свідчило про активізацію захисних сил організму. 2. Показники гуморального імунітету у пацієнтів з ЗЗЩЛД в порівнянні з контрольною групою: відзначалося зниження вмісту IgG і IgM в сироватці крові на другому етапі забору крові у двох групах ($p \leq 0,05$, так як на першому вони були в межах верхньої границі норми в порівнянні з здоровими особами і $p = 0,019$ відповідно), що свідчить про ефективність комплексного лікування з використанням імуномодулятора та підтверджує підвищення імунної реактивності організму.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ КОРЕКЦІЇ МІКРОБІОТИ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

*Швидченко В.С., Крижанівська О.О., Добрий-Вечір Т.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Україна, Київ
Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології*

Враховуючи анатомо-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки та ротової порожнини зокрема, патофізіологічні, морфологічні зміни під час запального процесу, ризик розвитку інфекційних ускладнень у ранньому післяопераційному періоді, пошук та обґрунтування методів оптимізації репаративних процесів тканин є актуальним завданням хірургічної стоматології.

Згідно з сучасними дослідженнями, ротова порожнина як мікробіотоп вирізняється різноманітністю та чисельністю власної мікробіоти (близько 700 видів бактерій), має надзвичайно сприятливі умови для їх росту: аеробні та анаеробні ніші, багатошаровий епітелій з різним сту-

пенем кератинізації та поверхні зубів, ортопедичних та ортодонтних конструкцій з можливістю прикріплення, нейтральне рН, наявність поживних речовин. Серед загальних факторів, які впливають на якісний та кількісний склад мікробіоти, виділяють: географію проживання, вік, стать, стиль життя, звички, особиста гігієна, раціон харчування.

Найбільшу кількість, видове різноманіття та формування асоціацій бактерій виявлено у зубній бляшці, біоплівці, ясенних кишнях, що можуть впливати на розвиток патології пародонту, карієсу, післяопераційних ускладнень і рецидивів запальних захворювань (Wenhao Qian et al. 2019, Швець Ю.В., 2022; Hou K., Wu Z.X., Chen X.Y., 2022; Коленко Ю.Г., 2026).

Інфекційний процес є одним із найскладніших біологічних процесів у природі. Його виникнення, характер перебігу та наслідки залежать від біологічних властивостей мікро- та макроорганізмів (патогенність, вірулентність, потрапляння збудника в тканини «ворота інфекції», швидкість розмноження збудника та реактивність макроорганізму), резистентності організму людини, умов навколишнього середовища.

Під час оперативних втручань умовно-патогенні мікроорганізми, представники мікробіоти можуть бути джерелом ендогенної інфекції, що не має інкубаційного періоду, потрапляти у тканини тіла людини з подальшою десимінацією лімфо- та/або кровотоком (Швець Ю.В., 2022).

Інфекційний процес може супроводжуватися клінічними проявами або тривати без симптомів. Мікроорганізми можуть циркулювати у кровообігу тимчасово, проникаючи у кров за умов високого фізичного навантаження, стресових ситуацій (тривале безсоння, переохолодження чи перегрів організму), що також необхідно враховувати під час лікування військових і постраждалих внаслідок бойових дій людей.

Зниження захисних властивостей крові та активності імунної системи в цілому надає можливість патогенним мікроорганізмам розмножуватися, що може сприяти генералізації бактеріємії та розвитку сепсису (септицемії).

Науковці дослідили важливі симбіотичні зв'язки макро- та мікроорганізмів, утворення стійких асоціацій – мікробіоценозів, більшість представників якого формують облигатну мікробіоту, яка, в свою чергу, блокує заселення біотопу різними випадковими та патогенними мікроорганізмами. Цей феномен колонізаційної резистентності сприяє збільшенню корисних мікроорганізмів на слизовій оболонці ротової порожнини, підтримці місцевого імунітету (Швець Ю.В., 2022; Керзук О.П., Рожко М.М., 2022).

Необхідно зауважити, що зміни унікальної композиції мікробіоти конкретного мікробіотопу через застосування антибіотиків, інфекційні захворювання призводить до розвитку дисбіозу.

На сьогодні дослідники вважають, що у тканинах пародонту існує певний баланс між мікроорганізмами та факторами місцевого імунного захисту, а незначне запалення (гомеостатичне запалення) ясен є варіантом норми.

Зміни композиції мікробіоти, формування стійкої асоціації анаеробних бактерій так званого «червоного комплексу»: *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola*, які володіють вираженою патогенністю, здатністю уникати адекватної імунної відповіді та, використовуючи дисбіоз ротової порожнини, призводять до розвитку стійкого патологічного запального процесу в тканинах пародонту.

Ефективність корекції мікробіоти з використанням пробіотиків, пребіотиків була доведена експериментально-клінічними дослідженнями на тваринах, пацієнтах. Визначено здатність різних штамів *Lactobacillus* пригнічувати ріст *P. gingivalis*, утворення біоплівки, полегшувати перебіг запалення, виробляти антимікробні сполуки та захищати клітини ясенного епітелію (Benahmed G. et al., 2022; Лучинський М. А. та ін. 2024; Mendonça C. et al., 2025; Kamianowski C. et al., 2026).

Згідно з визначенням міжнародної наукової організації ISAPP (International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics) пробіотиками називають штами *живих мікроорганізмів*, які при потрапленні до макроорганізму в адекватній кількості покращують стан здоров'я. Також доведено, що пробіотики гальмують ріст патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів, усувають дисбіоз, нормалізують обмінні процеси, стимулюють синтез низки вітамінів.

До складу пробіотичних препаратів входять головні представники нормальної мікрофлори – лактобацили та біфідобактерії, але більшість із них не є живими мікрокультурами, містять мікроорганізми, які не-ефективні для порожнини рота, тому що починають «працювати», тільки опинившись у травному тракті.

Обрані для пробіотиків мікроорганізми мають володіти такими властивостями: залишатися життєздатними протягом тривалого періоду під час їх культивування, формування та зберігання готового препарату; бути стійкими у шлунково-кишковому тракті; бути здатними до колонізації та життєдіяльності у певному біотопі (ротова порожнина, кишківник, уrogenітальний тракт); не шкодити організму людини; бути

представниками мікробіоти людини чи бути подібними до таких; бути чітко ідентифікованими на генетичному рівні (Швець Ю.В., 2022).

Зазначеним вище вимогам відповідають сучасні мультипробіотики вітчизняного виробництва, які містять концентровану біомасу живих клітин симбіозу 14–24 штамів пробіотичних бактерій, такі як: лактобацили, лактококи, біфідобактерії, пропіоновокислі, оцтовокислі бактерії (Янковський Д.С., Широбоков В.П., Димент Г.С., 2018).

Науковці стверджують, що прийом антибіотиків призводить до стану тривалого дисбіозу (близько 8 тижнів) після закінчення лікування.

З метою підсилення біотерапевтичного потенціалу пробіотиків, зважаючи на багаторічні дослідження, для відновлення власного мікробіома кишківника та покращення загального стану організму доцільним є використання сахароміцетів, зокрема *S. Boulardii* (використовуються з лікувальною метою з 1923 р.). Сахароміцети перевищують розмір патогенних бактерій в 10 разів і, як магніт, збирають на себе разом з продуктами їх життєдіяльності токсини та природним шляхом виводять останні з організму.

Також вони сприяють зростанню власних корисних бактерій, виробляючи ферменти, живлять слизову оболонку кишківника та перешкоджають негативному впливу патогенних бактерій, а за допомогою стимуляції вироблення секреторного імуноглобуліну (IgA) підсилюють захисні функції слизових оболонок, пригнічують синтез протизапальних цитокінів (Шадрін О.Г., 2019).

Вчені дослідили, що сахароміцети не руйнуються під впливом шлункового соку або антибіотиків, тому в кишківник вони потрапляють в життєздатному стані, навіть якщо приймати одночасно з антибіотиками.

Висновки. Динамічне функціонування симбіотичної системи мікробіоценозу людини відображено у взаємодії представників мікробіоти як між собою, так і людським організмом, що має унікальний вплив на стан його гомеостазу, імунного захисту, травлення та метаболізму.

З метою профілактики та лікування інфекційних запальних процесів необхідно враховувати особливості індивідуальної чутливості до терапії, стану імунної, нервової, ендокринної систем, наявні ознаки дисбіозу.

Склад мікробіоти різних біотопів людини не є постійним, потребує своєчасної та ефективної корекції як під час підготовки, так і після оперативних втручань, прийому антибіотиків або використання антисептичних препаратів для ротової порожнини.



III. ТРАВМА ТА РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНА ХІРУРГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

PREDICTABILITY IN CRANIO-ORBITAL FRACTURES

Simon Holmes

PhD BDS MB BS (Hons) FDS RCS FRCS(CSIG) FRCS (OMFS)

Professor Craniofacial Traumatology

Consultant Maxillofacial Surgeon

BartsHealth NHS Trust

Background. High-energy trauma centres increasingly manage severe orbital injuries. In our institutional experience, 34% of orbital fractures are classified as Jaquiéry 4 or 5, representing multi-wall, posterior, and cranio-orbital defects with inherent reconstructive complexity. While fracture classification systems reliably describe anatomical severity, their role in predicting functional outcomes such as diplopia remains uncertain. In parallel, advances in surgical access and implant technology have improved anatomical reconstruction in complex cases. This body of work presents a joined-up, MDT-led framework that distinguishes functional from anatomical predictability and aligns assessment, decision-making, and reconstruction accordingly.



Materials and Methods. A programme of linked clinical studies was undertaken at a major urban trauma centre, incorporating epidemiological analysis of 472 orbital wall reconstructions, focused evaluation of implant performance in complex defects, and audit of standardised surgical access. All patients underwent MDT assessment with in-clinic orthoptic evaluation, including objective binocular single vision testing. Decision-making followed protocol-based criteria informed by best evidence and modified by critical anatomical determinants, notably Hammer's key area and the S-shaped anteroposterior curvature of the orbital floor. Reconstruction was

performed via a preseptal transconjunctival approach with lateral cantholysis where required, enabling controlled access to the posterior and medial orbit. Patient-specific implants (PSI) were selectively employed in anatomically high-risk primary and secondary cases, including impure and delayed reconstructions.

Results. The cohort demonstrated a substantial burden of severe orbital injury, with 34% Jaquiéry 4–5 fractures. Persistent diplopia was uncommon ($\approx 5\%$) and occurred exclusively in patients with pre-operative diplopia, all of whom demonstrated objective postoperative improvement. Increasing defect size and Jaquiéry classification did not predict the incidence or persistence of diplopia, confirming that functional outcome is not size-dependent. In contrast, anatomical predictability was strongly influenced by defect complexity. Multi-wall, posterior, and impure fractures reconstructed with non-patient-specific implants showed higher rates of malposition and revision. In high-severity cohorts, predominantly Jaquiéry 4–5, PSI significantly improved accuracy of anatomical reconstruction and globe position, including in secondary reduction. The preseptal transconjunctival approach demonstrated a low complication profile and high aesthetic predictability.

Conclusion. In trauma populations with a high prevalence of Jaquiéry 4–5 fractures, predictability in orbital injury must be understood as dual-domain. Functional outcomes such as diplopia are driven by soft-tissue and neuromuscular injury rather than fracture size, while anatomical outcomes—particularly prevention of globe malposition—depend on accurate reconstruction of critical regions and selective use of patient-specific implants. An MDT-led, orthoptic-driven algorithm that separates functional assessment from anatomical reconstruction provides a robust, evidence-based framework for managing complex primary and secondary cranio-orbital fractures.

ХІРУРГІЧНЕ ВИДАЛЕННЯ МІННО-УЛАМКОВОГО СТОРОННЬОГО ТІЛА З ПІДБОРІДНОЇ ДІЛЯНКИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Литовченко Н.М., Семенова Т.Р., Стратулат В.О.

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

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Актуальність. Мінно-вибухова травма (МВТ) обличчя – це складна поєднана травма, викликана вибуховою хвилею, уламками та термічним

впливом, що часто супроводжується важкими пошкодженнями м'яких тканин, кісток лицевого черепа та органів чуття. Такі поранення характеризуються високим ризиком інфікування, значними кровотечами, множинними уламковими пораненнями та опіками. Нині немає єдиного протоколу лікування пацієнтів із бойовою травмою обличчя. Пропоновані протоколи залежать від досвіду хірургів і характеру травм, що потребували лікування. В умовах війни за статистикою вітчизняних хірургів-науковців найпоширеніші види поранень – уламкові (50,5%), кульові (25,3 %) і закриті (20,3 %).

На кафедру хірургічної стоматології у травні 2024 року звернувся пацієнт Р., 45 років зі скаргами на дискомфорт, відчуття періодичного «поколювання», ниючий біль в ділянці підборіддя справа.

Із анамнезу: під час виконання бойового завдання у лютому 2024 року молодший сержант отримав бойові поранення та травми – МВТ, численні уламкові проникаючі поранення внутрішніх органів, кінцівок та обличчя, турнікетний синдром тощо. Був дообстежений, хворому було проведено ряд оперативних втручань та медикаментозне лікування суміжними спеціалістами.

Клінічно – без особливостей. За даними додаткових методів обстеження було встановлено діагноз: мінно-уламкове стороннє тіло правої підборідної ділянки (рис. 1).



Рис. 1. Фото серії мультиспіральної комп'ютерної томографії кісток лицевого черепа: візуалізується гіперденсне стороннє тіло розмірами 3,5 мм (+6000 HU – метал) праворуч підшкірно в ділянці підборіддя на рівні проєкції

Було проведено оперативне втручання – видалення стороннього тіла підборідної ділянки під місцевим знеболенням. Доступ: позаротовий, довжиною до 1 см паралельно лініям розслабленої шкіри (RSTL) для мінімізації рубця. Пошарово: шкіра → підшкірна клітковина → → m. mentalis → окістя нижнього краю нижньої щелепи (рис. 2).

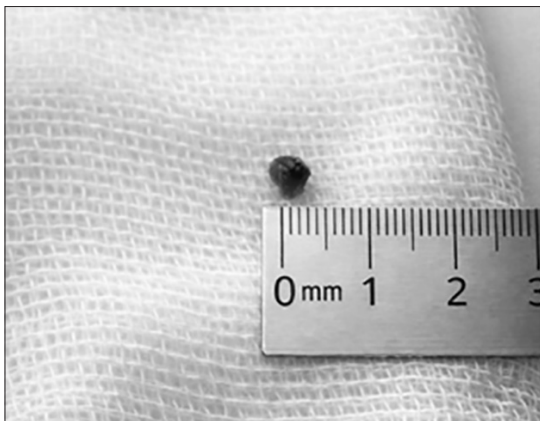


Рис. 2. Фото видаленого металевго уламку

Був призначений курс медикаментозної терапії та туалет рани щодня. Через тиждень було знято шви. Самопочуття пацієнта задовільне, скарг немає.

МЕТОДИКА ЛОКАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ PRGF (F2) ПІД ЧАС BSSO: КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ РІВНІВ ФАКТОРІВ РОСТУ (HGF, PDGF, VEGF, FGF, IGF) ТА РЕГЕНЕРАЦІЇ НИЖНЬОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

Логвиненко І.П.¹, Дахно Л.О.², Бурсова В.С.³

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця^{1,3},
Україна, Київ*

*Кафедра щелепно-лицевої хірургії ННІ стоматології
Central Laboratory Diagnosis of the Head²*

Актуальність. Нейропатія нижнього альвеолярного нерва (IAN) залишається одним із найбільш клінічно значущих ускладнень після двобічної сагітальної остеотомії нижньої щелепи (BSSO). За даними літератури, поширеність нейросенсорного дефіциту (NSD) коливається від 9% до 85%. Вираженість NSD залежить від низки предикторів. При збільшенні сагітального розміру нижньої щелепи відбувається розтягнення нерва, тоді як при ретропозиції зубовмісного фрагменту – його ком-

пресія. Важливим чинником також є величина переміщення. Під час остеотомії нижньої щелепи нижній альвеолярний нерв може залишатися неоголеним, експонованим, але розташованим у дистальному фрагменті або бути відокремленим від нього. NSD повністю регресує протягом шести місяців після операції, однак у частини пацієнтів порушення чутливості зберігаються до одного року або стають постійними, що негативно впливає на якість життя.

Метою дослідження було оцінити локальну інтраопераційну методику застосування PRGF (фракція F2) шляхом аналізу кореляцій між рівнями факторів росту (HGF, PDGF, VEGF, FGF, IGF) та регенерацією нижнього альвеолярного нерва під час BSSO.

Матеріали та методи. Однією командою щелепно-лицевих хірургів виконано 132 операції BSSO у 66 пацієнтів за єдиною методикою. Пацієнтів було рандомізовано у контрольну групу ($n = 33$) та експериментальну групу ($n = 33$). Після сагітальної площинної остеотомії нижньої щелепи та мобілізації кісткових фрагментів ступінь експозиції нерва (NE) визначали візуально.

На першому етапі в експериментальній групі на ділянку IAN наклали марлеву турунду, просочену розчином дексаметазону фосфату 0,4% (4 мг/1 мл), із експозицією 10 хвилин. На наступному етапі на ділянку експонованого нерва вносили згусток F2 PRGF, виготовлений за технологією BTI Endoret. Після цього виконували остеосинтез нижньої щелепи.

Оцінку нейросенсорного дефіциту проводили після ортогнатичної операції у такі терміни: 1-ша доба, 1-й тиждень, 1-й місяць, 3-й місяць, 6-й місяць із використанням тесту легкої тактильної чутливості (Light Touch, LT). Рівні HGF, PDGF, VEGF, FGF, IGF у фракції F2 PRGF визначали методом імуноферментного аналізу (ELISA, сендвіч-метод). Статистичний аналіз виконано із застосуванням програмного забезпечення EZR.

Результати. В експериментальній групі площа сенсорних порушень була достовірно меншою порівняно з контрольною групою ($1980 \pm 460 \text{ мм}^2$ проти $2270 \pm 530 \text{ мм}^2$; $p = 0,021$).

Встановлено помірний прямий кореляційний зв'язок між величиною переміщення зубовмісного фрагменту нижньої щелепи та площею парестезії в ділянці нижньої губи і підборіддя ($p = 0,446$; $p < 0,001$), а також між ступенем експозиції нерва та площею оніміння ($p = 0,532$; $p < 0,001$).

Натомість рівні HGF, VEGF та PDGF продемонстрували сильну зворотну кореляцію з площею резидуальної парестезії ($\rho = -0,988$; $p < 0,001$), що свідчить про їхню значущу роль у стимуляції нейрорегенерації.

Висновки. Концентрації факторів росту у фракції 2 PRGF мають сильний зворотний кореляційний зв'язок із залишковим нейросенсорним дефіцитом після BSSO. Отримані дані підтверджують нейротрофічну роль HGF, VEGF та PDGF у регенерації нижнього альвеолярного нерва.

ДОСВІД ВИКОНАННЯ МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ВИБУХОВИХ ТРАВМАХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ВІДДІЛЕННЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ ТА ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ

*Лук'яненко М.А., Падалка Р.М., Непомнящий В.М., Дуднік Д.Г.
КНП «Херсонська обласна клінічна лікарня» ХОР, Україна, Херсон*

Від початку активних бойових дій і вже понад 3 роки лікарі КНП «Херсонська обласна клінічна лікарня» ХОР постійно працюють з постраждалими внаслідок військових дій, цілодобово надаючи невідкладну спеціалізовану медичну допомогу. За період з 2022 по 2025 рік в КНП «Херсонська обласна клінічна лікарня» ХОР проліковано стаціонарно 1987 поранених. З них одночасні ураження щелепно-лицевої області та ЛОР-органів спостерігалися у 322 постраждалих. Вік пролікованих склав від 5 до 75 років, жінок було 18%, інші – чоловіки. В день травми були ушпиталені 87% постраждалих.

Усім пораненим в щелепно-лицеву ділянку при огляді в приймальному відділенні обов'язково виконували комп'ютерну томографію з метою уточнення діагнозу та складання плану лікування в кожному окремому випадку.

При ізольованих переломах вилице-орбітального комплексу зі зміщенням уламків, переломом кісток dna орбіти з клінікою опущення очного яблука виконувалися санація верхньощелепної пазухи, назоанастомоз, ендопротезування dna очниці сітчастим металевим трансплантантом з металоостеосинтезом титановими міні-пластинами інших переломів виличної кістки, тампонадою або тренуванням верхньощелепної порожнини (фото 1).

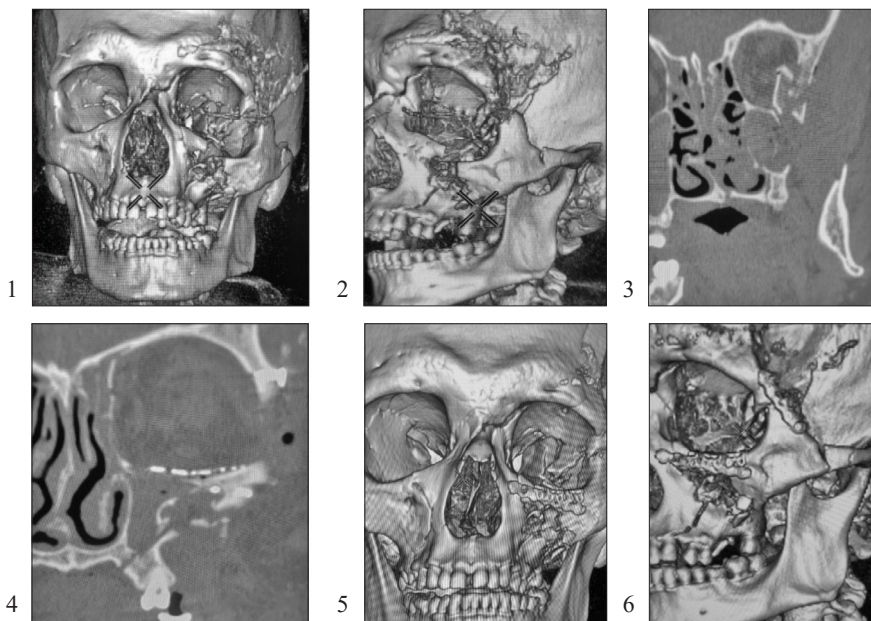


Фото 1. Перелом середньої зони обличчя по ФОР 1-3, вилицевої кістки, альвеолярного відростка верхньої щелепи, кісток носу. 1, 2, 3 – до операції, 4, 5, 6 – після операції (металоостеосинтез, відновлення дна очниці титановою сіткою). Вибухова травма

При розлогих вогнепальних пораненнях, що проникають в ротову порожнину, з багатоуламковим переломом нижньої щелепи при первинній хірургічній обробці ран проводилося ретельне видалення уламків кістки, осколків, було встановлено реконструктивну пластину від кута до кута нижньої щелепи (фото 2).

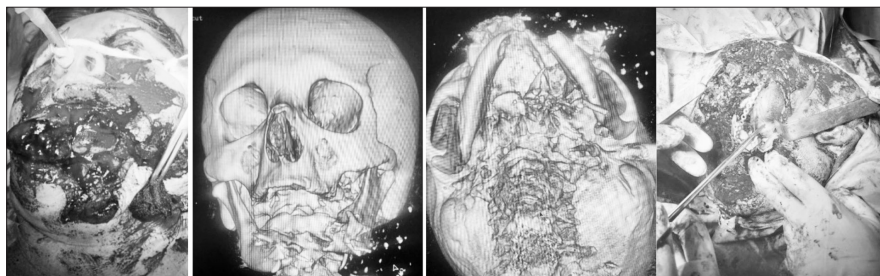


Фото 2. Осколковий вогнепальний перелом нижньої щелепи з дефектом тіла нижньої щелепи на рівні 41-34 зубів

При поєднаних травмах з переломом нижньої щелепи без зміщення і легкій репозиції відламків першочергово проводилося лікування вогнепальних поранень інших областей з ретельною первинною чи відстроєною обробкою тканин, некректомією, видаленням відламків, встановленням VAC-апарату. Після стабілізації запального процесу проводили видалення вільних нежиттєздатних уламків, не спроможних сприяти репозиції і фіксації та встановленню у правильне положення більших фрагментів, робили металоостеосинтез нижньої щелепи зі стандартних титанових міні-пластин, проведення кісткової пластики місцевими життєздатними аутовідламками щелепи (фото 3).

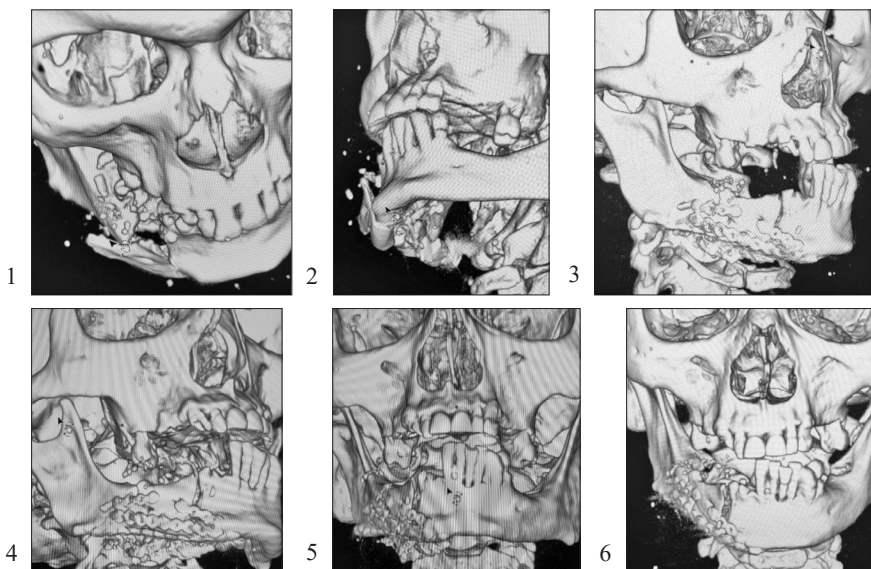


Фото 3. Фото 1, 2, 3 – до операції, є великий кістковий відламок тіла щелепи, спроможний до якісної репозиції і регенерації кістки; 4, 5, 6 – після операції

При вогнепальних багатуламкових проникаючих пораненнях нижньої щелепи з дефектом м'яких тканин в першу чергу проводили первинну хірургічну обробку ран з видаленням вільних уламків, зашивання рани обличчя наскільки це можливо, закриття сполучення рани з ротовою порожниною. Далі проводилося біщелепне шинування для відновлення прикусу. Проводилася протизапальна терапія та перев'язки рани. За потреби було виготовлено 3D-модель нижньої щелепи за даними комп'ютерної томографії пацієнта, що давало змогу підібрати необхідну по довжині і формі накісткову пластинку\пластинки і кількість гвинтів.

Після стабілізації запального процесу виконувався металоостеосинтез реконструктивною пластиною та сіткою з пластичним усуненням дефекту шкіри ротаційним клаптом (фото 4).

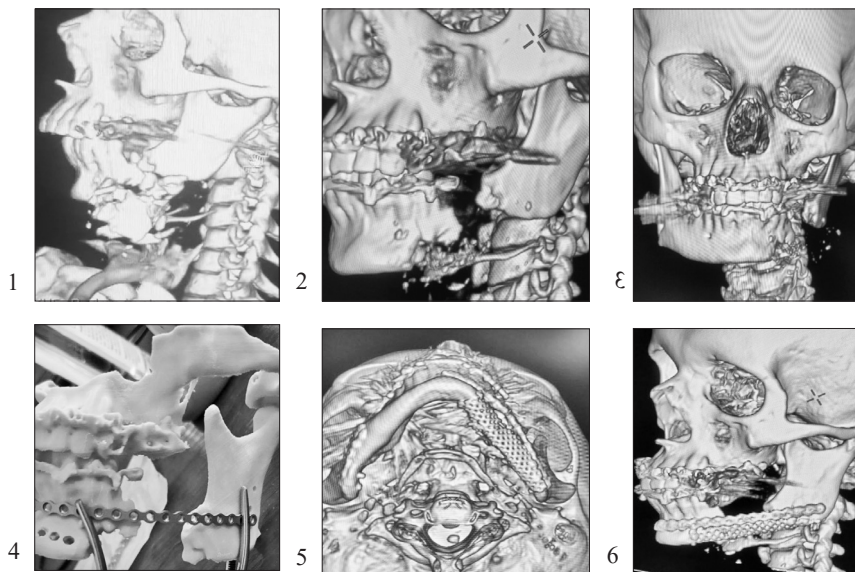


Фото 4. Вогнепальний дефект щелепи на рівні 33-37 зубів: 1, 2, 3 – до операції; 4, 5, 6 – після операції. В дефект введено аутовідламки щелепи

Висновки. Лікування вогнепальних і вибухових поранень обличчя, особливо із дефектами кістки, є складним завданням в щелепно-лицевій хірургії.

Воно вимагає індивідуального підходу в кожному окремому випадку, виконання основних вимог хірургії щодо поводження з травмованими м'якими тканиною і кістковою тканиною на кожному етапі перебігу ранового процесу.

Застосування адекватної первинної хірургічної обробки ран якнайшоріше – це в першу годину після отриманої вогнепальної і вибухової травми.

Використання 3D-моделі за даними комп'ютерної томографії пацієнта дає можливість надалі отримати хороші безпосередні результати лікування та сприяє своєчасному проведенню реконструктивних операцій.

Використання медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування по патогенетичним компонентам і фазам ранового процесу є неодмінним для отримання високого і швидкого результату лікування.

ДОСЛІДЖЕННЯ БІОСУМІСНОСТІ ПОЛІУРЕТАНОВИХ МЕМБРАН ДЛЯ СПРЯМОВАНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

*Рожнов А.С., Астапенко О.О., Наражайко Л.Ф.**

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

***Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології
Інститут хімії високомолекулярних сполук НАН України*,
Україна, Київ***

Актуальність. Актуальним напрямом щелепно-лицевої хірургії є застосування ефективних методів відновлення кісткових дефектів, що дозволяють досягти як функціонального, так і естетичного результату. Одним із таких підходів є технологія спрямованої кісткової регенерації (СКР), що передбачає використання бар'єрних мембран для ізоляції зони регенерації та запобігання проникненню епітеліальних і сполучнотканинних клітин у ділянку формування кісткової тканини. Серед біоматеріалів для створення резорбційних мембран значний інтерес становлять поліуретани, зокрема поліуретансечовини (ПУС), які характеризуються біосумісністю, достатньою механічною міцністю та здатністю до контрольованої біодеградації. Гнучкість хімічної структури поліуретанів дозволяє регулювати швидкість їх руйнування, гідрофільність і взаємодію з тканинами. У клінічній практиці уретанвмісні полімери вже застосовуються як матеріали для остеосинтезу та біоактивні клеї, що відкриває перспективи їх використання як мембран для СКР. Полярні сечовинні групи у структурі ПУС підвищують гідрофільність полімеру та сприяють його гідролітичному розщепленню у водному середовищі, що є важливою властивістю матеріалів із контрольованою біодеградацією *in vivo*. Разом із тим важливо оцінити можливий вплив продуктів деградації полімеру на клітини тканин реципієнта. Попередні дослідження з використанням екстрактів полімерних мембран у культурі тканин підтвердили їх загальну біосумісність [1]. Проте більш інформативним є дослідження прямої взаємодії матеріалу з клітинною культурою, що дозволяє оцінити вплив полімерної поверхні на життєздатність, морфологію та функціональну активність фібробластів.

Мета дослідження. Дослідження біосумісності експериментальних зразків поліуретанових мембран для СКР методом тканинної культури фібробластів.

Матеріали і методи. Об'єктами дослідження були експериментальні зразки поліуретанових мембран на основі поліуретансечовин, синтезованих як описано в [1], у вигляді еластичних прозорих плівок товщиною 0,2–0,3 мм. Метод тканинної культури фібробластів був використаний для оцінки біосумісності зразків мембран в умовах *in vitro*. Метод передбачав отримання та культивування тканин підшкірної жирової клітковини білих лабораторних щурів лінії Wistar у стандартних умовах *in vitro*, що забезпечує проліферацію клітин фібробластичного ряду.

Мікроскопічну оцінку росту клітинних структур проводили на 3, 5, 7, 10 та 14 добу культивування. Дослідження виконували за допомогою мікроскопа MICROMed XS 3330 LED, оснащеного цифровою USB-камерою MDC-500 (5 MPix). Під час аналізу виділяли три морфологічні зони росту клітин: компакту, сіткоподібну та зону міграції клітин. Основним критерієм їх розмежування був характер просторового розташування та організації фібробластичних клітин. Стерильні зразки мембран (гамма-стерилізація) поміщали у флакони Карреля на третю добу. Площа плівки у флаконі становила 1 см².

Результати. Для оцінки біосумісності зразків мембран був використаний метод тканинної культури фібробластів, який використовується як швидкий тест для визначення біосумісності матеріалів медичного призначення. У дослідних флаконах Карреля розміщували зразки поліуретанових мембран, тоді як контрольні флакони містили лише експлантати підшкірно-жирової тканини без додавання досліджуваного матеріалу. На початкових етапах культивування у контрольних зразках спостерігалось формування поодиноких клітин витягнутої форми. Також відзначалися окремі мігруючі фібробластичні клітини, які мали характерну веретеноподібну морфологію. У подальшому інтенсивність проліферації фібробластів поступово зростала. На п'яту добу культивування у флаконах Карреля зони клітинного росту були представлені переважно двома типами структур: сіткоподібною зоною, утвореною клітинними тяжами та пучками, що формували мережеподібну структуру, а також зоною мігруючих клітин. На сьому добу культивування визначалися три морфологічні зони: компактна, сіткоподібна та зона поодиноких мігруючих клітин. Найбільш інтенсивні процеси поділу клітин відзначалися саме у компактній зоні. На десяту добу після експлантації спостерігалось подальше розширення площі клітинного росту, при цьому ріст набував тканиноподібного характеру. До чотирнадцятої доби культивування клітинна популяція переходила у фазу виражених дегенеративних змін.

У флаконах, що містили зразки поліуретанових мембран, на п'яту добу характер клітинного росту практично не відрізнявся від контрольних зразків. Спостерігалася активна проліферація фібробластичних клітин із формуванням сіткоподібної зони та ділянок поодиноких мігруючих клітин. Подальші спостереження не виявили істотних відмінностей у швидкості проліферації або морфологічній організації клітин. На сьому добу, як і в контрольних культурах, визначалися три характерні зони росту. При цьому відзначалася міграція окремих фібробластичних клітин під поверхнею полімерного зразка. На десяту добу культивування у всіх флаконах Карреля відзначалося збільшення площі зон клітинного росту. Морфологічні характеристики зон росту у культурах із поліуретановими мембранами були подібними до контрольних. На чотирнадцяту добу як у дослідних, так і у контрольних культурах клітинна популяція перебувала на стадії виражених дегенеративних змін.

Отже, внесення зразків поліуретанових мембран у культуральне середовище не впливає на характер і динаміку росту клітин порівняно з контролем. Це свідчить про відсутність цитотоксичної дії та підтверджує біосумісність досліджуваного матеріалу.

Висновки. Результати дослідження, отримані із застосуванням методу тканинної культури фібробластів, засвідчили відсутність цитотоксичної дії поліуретанових мембран на клітини фібробластичного ряду. Встановлено, що присутність досліджуваних зразків не впливала на інтенсивність клітинного росту, процеси міграції та особливості морфогенезу фібробластів. Упродовж періоду культивування не спостерігалася проявів клітинного стресу або ознак дегенеративних змін у ранні та середні терміни взаємодії клітин із полімерним матеріалом. Отримані дані свідчать про біосумісність поліуретанових мембран і дають підстави розглядати їх як перспективний матеріал для використання у технологіях спрямованої регенерації кісткової тканини в щелепно-лицевій області.

Література

1. Denysenko VD, Rozhnov AS. Bioresorbable membranes for guided bone regeneration based on polyurethane ureas. Bulletin of problems biology and medicine. 2025;2:343-355. <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2025-2-177-343-355>

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АНОМАЛІЙНО РОЗТАШОВАНОГО ЗУБА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Бінецький С.М., Маланчук В.О.

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

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Актуальність. Серед зубоальвеолярних деформацій найбільшу увагу привертають деформації переднього відділу щелеп, оскільки саме вони знаходяться в ділянці прямого візуального оцінювання та мають основне значення для визначення гармонії обличчя. Кількість зубів верхньої щелепи, що видно при посмішці, беруть участь в деформації та згідно з законами функціональної естетики мають бути в належному місці та положенні.

Для усунення зубоальвеолярних деформацій використовують консервативні способи (ортопедичні, ортодонтичні), хірургічні способи, хірургічно-ортопедичні (комбіновані) способи. При цьому вибір способу лікування для пацієнта обумовлений місцевою клінічною картиною, загальними умовами, які впливають на регенерацію тканин у ділянці лікування, на тканини під час лікування та після його завершення.

Мета роботи. Визначити клінічні особливості розповсюджених аномалійного положення фронтальної групи зубів, напрям, величину зміщення аномалійно розташованого зуба, з'ясувати ефективні способи переміщення зуба у правильне положення.

План роботи. Обстеження пацієнтів було класичним, загальним і місцевим: вигляд обличчя, скарги, відкривання рота, зубна формула, прикус, ОПТГ, КТ і КТЗД (за показами), моделі щелеп, премолярний і молярний індекси, стан зубних дуг, описання зміщеного зуба, стан слизової, рахування наявного і потрібного місця для переміщеного зуба, наявне зміщення зуба, стан кістки у ділянці зміщеного зуба, наявність місця в зубному ряду для зуба. Хірургічне лікування проводили всім пацієнтам.

Хірургія. При аномалійному положенні зуба на верхній щелепі в 5 мм і більше проводили хірургічне втручання за такою методикою. Після анестезії в м'які тканини серединної вуздечки губи вводили розчин імуномодулятора і проводили розтин слизової по міжзубним сосочкам з двох сторін від зуба до кістки. Потім осцилюючи пилу-різак вводили між зубами поміж обома кортикальними пластинками кістки зі збереженням прикріплення слизової оболонки піднебіння та присінку порожнини рота

до кістки до рівня вище верхівки кореня зуба. Аналогічний розтин слизової та розпил кістки проводили з другої сторони дистопованого зуба. Після чого в ділянці верхівки дистопованого зуба проводили розтин слизової між двома лініями розсічення кістки, з'єднували їх і отримували П-подібний фрагмент альвеолярного паростка з наявністю в ньому одного (двох, трьох і більше) зубів. При цьому на кістковому фрагменті залишалася з піднебінної і зовнішньої сторони прикріпленою слизова оболонка, що забезпечувало тунель доступу для остеотомії та достатній кровообіг мобілізованого фрагмента. Перевірку мобільності сформованого фрагмента альвеолярного паростка та можливість установки його в правильне положення перевіряли тонким елеватором, чи є можливість у ділянці верхівки кореня і по лінії остеотомії ввести остеогенні матеріали малого розміру з місцевим додаванням імуномодулятора. За потреби збільшували мобільність фрагмента альвеолярного паростка механічним шляхом. Ввечері, напередодні операції пацієнту призначали антибіотик, полімінеральний препарат (остеохін, остеогенон), полоскання порожнини рота розчином декарісу 0,1 мг/мл. Знеболюючі та симптоматичні засоби – за показами.

Результати. Обстежено 34 хворих віком 21–45 років, із аномалійним положенням фронтального зуба/зубів (ж – 23, ч – 11). Ротація по вісі 1 зуба на місці була в 14 хворих, дистопія 1 зуба була в 17 хворих, 2 зубів – в 7 пацієнтів, 3 зубів – у 3 хворих. Дистопія всередину була у 7 зубів, назовні – у 6 зубів, неповне прорізування – у 7 зубів. Величина дистопії зубів теж була різною: до 3 мм – у 9 зубів, 4–5 мм – у 7 зубів, понад 5 мм – у 4 зубів. Ротація мала місце: 1 зуба – 11 випадків, 2 зубів – 3 випадки. Величина ротації зуба по вісі: до 30° – у 8 зубів, 30–60° – у 4 зубів, 60–90° – у 2 зубів.

Дистопію зуба понад 5 мм усували хірургічно та ортопедично. Щодо переміщення дистопованого зуба використовували сучасні рекомендації способи ортодонтії, знімні ортодонтичні конструкції. Операція забезпечувала мобільність кісткового фрагмента з зубом/зубами і можливість переміщення його в потрібне положення. Залишкові корекції положення зуба після первинної хірургічної репозиції проводили по сусіднім зубам ортодонтичними апаратами.

Обговорення-висновки. В результаті можна стверджувати, що вид і величина дистопії зуба обумовлює спосіб її корекції. Існуючі способи усунення сприяють забезпеченню високого естетичного результату, однак чим більше дислокація зуба, тим більш активне лікування слід застосовувати.

Хірургічний етап лікування може радикально забезпечити надійне переміщення зуба у потрібне положення, однак його потрібно проводити при правильно проведеній операції (збереження кровообігу переміщеної кістки) і під медикаментозним супроводом препаратів, які корегують недостатні або дефіцитні ланки репаративного процесу задіяних тканин. Контролювати оперовані тканини потрібно до завершення процесів регенерації м'яких тканин і кістки.

МІСЦЕВЕ ВИКОРИСТАННЯ ДЕКСАМЕТАЗОНУ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ВІДКРИТОГО СИНУСЛІФТИНГУ

Єфисько В.М., Єфисько Н.А.

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

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Відкритий (латеральний) синусліфтинг є ефективним і поширеним методом відновлення об'єму кісткової тканини верхньої щелепи при значній атрофії кістки в ділянці верхньощелепної пазухи. Ця операція створює необхідні умови для подальшої дентальної імплантації. Водночас хірургічне втручання в ділянці гайморової пазухи часто супроводжується вираженими післяопераційними реакціями: набряком м'яких тканин обличчя, болем, обмеженням відкривання рота, гематомами, а також ризиком інфекційних ускладнень, таких як гострий синусит чи запалення кісткового матеріалу.

Ці ускладнення погіршують якість життя пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді, подовжують реабілітацію та в окремих випадках можуть призвести до втрати кістковопластичного матеріалу. Традиційно для контролю запалення застосовують системні глюкокортикостероїди. Однак їх пероральне або парентеральне застосування пов'язане з можливими загальними побічними ефектами. Місцеве субмукозне введення дексаметазону дозволяє досягти високої концентрації препарату безпосередньо в ділянці хірургічної травми при мінімальному системному впливі.

Мета роботи. Оцінити можливості та ефективність одноразового субмукозного введення 4 мг дексаметазону для профілактики післяопераційних ускладнень після відкритого синусліфтингу.

Задачі:

1. Проаналізувати основні післяопераційні ускладнення після відкритого синусліфтингу.
2. Охарактеризувати механізм дії та переваги місцевого застосування дексаметазону.
3. Провести порівняльний аналіз впливу субмукозного введення дексаметазону 4 мг на набряк, біль, запальні ускладнення порівняно з контролем (без кортикостероїдів).
4. Сформулювати практичні рекомендації щодо застосування методики.

Найпоширенішими ранніми ускладненнями є: 1) виражений набряк м'яких тканин обличчя (клінічно виявляється у 60–80% випадків, за об'єктивними методами ще частіше); 2) біль різної інтенсивності; 3) гематома та кровотеча, 4) перфорація мембрани Шнайдера (підвищує ризик синуситу); 5) гострий синусит та інфекція графт-матеріалу (частота 2–6%); 6) розходження країв рани.

Розвиток цих ускладнень пов'язаний з травматизацією тканин, вивільненням медіаторів запалення (простагландини, брадикінін, гістамін) та порушенням дренажу верхньощелепної пазухи. Контроль і запобігання цих ускладнень є важливою складовою успішної реабілітації пацієнтів.

Дексаметазон є потужним синтетичним глюкокортикоїдом, який пригнічує фосфоліпазу A2, зменшує синтез простагландинів і лейкотрієнів, стабілізує мембрани лізосом, знижує проникність капілярів і пригнічує міграцію лейкоцитів. Завдяки цьому препарат має виражену проти-запальну, антиексудативну та знеболювальну дію.

При субмукозному введенні 4 мг (зазвичай 1 мл розчину) безпосередньо в ділянку операційного поля в кінці втручання (після розміщення графт-матеріалу, фіксації мембрани та закриття клаптя) досягається висока локальна концентрація препарату в ділянці травми. Це дозволяє ефективно контролювати запалення з мінімальною системною абсорбцією і, відповідно, знижує ризик загальних побічних ефектів.

У клінічній практиці одноразове субмукозне введення 4 мг дексаметазону ми проводили в кінці операції після завершення основних етапів: підняття мембрани Шнайдера, заповнення пазухи кістковим матеріалом та ушивання рани. Препарат вводили під слизову оболонку в ділянці операційного поля об'ємом 1 мл. Такий підхід є простим, зручним для хірурга та добре переноситься пацієнтами.

Порівняно із системним введенням місцевий субмукозний шлях введення дексаметазону 4 мг має ряд переваг: простота виконання, швидке досягнення терапевтичної концентрації в операційній ділянці та мінімальний ризик системних побічних ефектів.

Для оцінки ефективності запропонованої методики було проаналізовано післяопераційний період у 32 пацієнтів, які перенесли відкритий латеральний синусліфтинг. Пацієнти були розділені на дві групи: основну групу (20 осіб), яким в кінці операції виконували одноразове субмукозне введення 4 мг дексаметазону, та контрольну групу (12 осіб), яким дексаметазон не вводили.

У основній групі (з дексаметазоном) набряк м'яких тканин обличчя був значно менш виражений вже на другу добу після операції. У більшості пацієнтів максимальний набряк спостерігався в перший день і швидко зменшувався протягом наступних 48 годин. На четверту добу клінічно значущий набряк зберігався лише у 3 (15%) пацієнтів, тоді як у контрольній групі виражений набряк визначався у 8 (66,7%) пацієнтів на той самий період. Середній час повного зникнення видимого набряку склав $3,2 \pm 0,8$ доби в основній групі проти $5,1 \pm 1,2$ доби в контрольній.

За суб'єктивною оцінкою пацієнтів (за візуально-аналоговою шкалою) середній рівень болю на другу добу становив $2,4 \pm 1,1$ бала в групі з дексаметазоном і $4,8 \pm 1,3$ бала в контрольній групі. На четверту добу біль практично повністю зникав у 18 (90%) пацієнтів основної групи, тоді як у контрольній групі помірний або сильний біль продовжував турбувати 7 (58,3%) пацієнтів. Завдяки цьому потреба в додаткових анальгетиках у пацієнтів, яким вводили дексаметазон, була суттєво нижчою.

Запальні ускладнення (гострий синусит, нагноєння рани) були зафіксовані в обох групах з низькою частотою. У групі з дексаметазоном клініка гострого запалення верхньощелепної пазухи виявлена у 1 (5%) пацієнта та успішно лікувалася консервативно. У контрольній групі подібне ускладнення спостерігалось також у 1 (8,3%) пацієнта. Гематома м'яких тканин була помірною в обох групах, але в основній групі вона розсмоктувалася швидше. Розходження країв рани не спостерігалось ні в одному випадку.

Таким чином, порівняльний аналіз показав, що одноразове субмукозне введення 4 мг дексаметазону дозволяє статистично значуще зменшити вираженість набряку, больового синдрому в ранньому післяопераційному періоді після відкритого синусліфтингу. При цьому частота запальних ускладнень не зростає, що свідчить про безпеку запропонованої методики.

Висновки.

1. Післяопераційні ускладнення після відкритого синусліфтингу погіршують якість життя пацієнтів у ранньому постопераційному періоді.
2. Одноразове субмукозне введення 4 мг дексаметазону в кінці операції є простим та ефективним способом зменшення набряку, болю без підвищення ризику інфекційних ускладнень.
3. Найбільший позитивний ефект після введення дексаметазону субмукозно спостерігається в перші 2-4 доби після втручання.
4. Методика може бути рекомендована як частина комплексної профілактики післяопераційних ускладнень після відкритого синусліфтингу.

МОЖЛИВОСТІ ОРТОДОНТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРИКУСУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ЛІКУВАННЯ ОДНОСТОРОННЬОЇ НИЖНЬОЇ МІКРОГНАТІЇ

Скворцова І.Г.

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

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Актуальність проблеми комплексного лікування та реабілітації хворих з односторонньою мікрогнатією нижньої щелепи (МНЩ) після закінчення росту кісток є досить значною – виражені скелетні форми дисгнатії призводять до функційних порушень зубощелепового апарату, естетичним проблемам і соціальній дезадаптації. Багаторічні дослідження мали за мету підвищення ефективності лікування та функціональної реабілітації хворих з МНЩ, попередження виникнення рецидивів шляхом модифікації та удосконалення способів проведення кістково-пластичних операцій та наступних ортодонтичних корекцій з урахуванням відновлення біомеханічних співвідношень щелепи-м'язи-функція.

Оцінка діагностичних моделей показала, що незалежно від ортодонтичного лікування, що проводилося раніше, або відсутності його зовсім, компенсація дентоальвеолярної адаптації до неправильного положення щелеп була достатньою майже в 100% випадків.

20 хворим з односторонньою МНЩ проведено оперативне втручання для подовження гілки та (або) тіла нижньої щелепи: однобічна міжкортикальна остеотомія кута та тіла нижньої щелепи зі створенням

кісткових протиопорів на зовнішній кортикальній пластинці за умови збереження місць прикріплення жувальних м'язів, закріпленні фрагментів дровотим швом, нетривалої міжщелепної фіксації на здоровій стороні.

На стороні операції констатувалась вертикальна дизоклюзія у вигляді щілини 3–4 мм, що супроводжувалась лінгвальним нахилом нижніх молярів та премолярів, звуженням верхньої щелепи та зубоальвеолярним скороченням в межах верхніх бокових зубів. Ортодонтична корекція проводилась лише в післяопераційному періоді (4–6 місяців) та складалась з усунення язикового нахилу нижніх зубів за допомогою брекет-системи та S-подібних еластичних тяг, розширення верхньої щелепи бюгельною конструкцією біхелікс (або апаратом Хайрекс), закриття вертикальної щілини з використанням еластичних кілець. Наступним завданням було тренування в новому положенні розтягнутих під час операції жувальних м'язів для попередження зміщення нижньої щелепи та рецидиву захворювання. Це було досягнуто за допомогою розробленого апарату з площиною, що нахилиється (термін лікування – 6 місяців). Контроль анатомо-функціональних співвідношень встановлювали клінічно, рентгенологічно, оцінкою діагностичних моделей та за даними електроміографічного (ЕМГ) дослідження жувальних та скроневих м'язів. На момент початку ортодонтичного лікування рівень біоелектричної активності м'язів не досягав передопераційних показників, тип жування – стійко односторонній (відсутність контакту між зубними рядами оперованої сторони). Ортодонтична компенсація прикусу створила умови для фізіологічного функціонування жувальної мускулатури, про що свідчило покращення показників ЕМГ через 1 рік (таблиця 2) порівняно з передопераційними (таблиця 1).

Таблиця 1

ЕМГ-показники жувальних та скроневих м'язів пацієнтів з МНЩ до оперативного втручання

М'яз	Ta, s	Tc, s	k	Amp max, mV	Amp min, mV	Tea max	Tea min
m.masseter dex.	678,00	576,30	0,85	0,11	0,11	423,00	311,95
m.masseter sin.	659,30	573,60	0,87	0,19	0,19	355,00	179,47
m.temporalis dex.	663,30	543,90	0,82	0,24	0,22	444,00	122,61
m.temporalis sin.	659,20	540,50	0,82	0,28	0,22	488,00	197,09

$p = \pm 0,02$

Таблиця 2

**ЕМГ-показники жувальних та скроневих м'язів пацієнтів з МНЩ
через 1 рік після оперативного втручання**

М'яз	Ta, s	Tc, s	k	Amp max, mV	Amp min, mV	Teap max	Teap min
m.masseter dex.	342,00	285,00	1,30	0,36	0,33	354,50	234,95
m.masseter sin.	354,65	295,54	1,20	0,32	0,30	312,80	214,98
m.temporalis dex.	326,50	272,08	1,20	0,52	0,48	345,80	287,00
m.temporalis sin.	326,50	251,15	1,30	0,54	0,52	324,90	285,00

$p = \pm 0,02$

Результати обстеження хворих з односторонньою МНЩ на етапах лікування підтвердили позитивну динаміку та раціональність комплексного лікування за допомогою розроблених методик незалежно від раніше проведеного консервативного лікування дисгнатій. ЕМГ-дослідження визначили позитивну динаміку функціональної активності жувальних та скроневих м'язів у хворих з односторонньою МНЩ, підтвердили його ефективність та стабільність досягнутого оперативного результату.

ОСОБЛИВОСТІ ВІДСТРОЧЕНОЇ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ УРАЖЕННЯХ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Нагірний Я.П.¹, Твердохліб Н.О.¹, Стефанів І.В.¹, Катеринюк В.О.²

Тернопільський національний медичний університет імені

І.Я. Горбачевського МОЗ України¹, Україна, м. Тернопіль,

*Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська обласна
клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради²*

Актуальність. Вогнепальні ураження щелепно-лицевої ділянки часто супроводжуються утворенням дефектів кісткової тканини нижньої щелепи, що суттєво ускладнює подальшу функціональну та естетичну реабілітацію постраждалих. Особливо складним є вибір оптимального методу реконструкції у випадках відстроченого остеосинтезу та наявності інфекційного процесу. Дискусійним залишається питання доцільності використання вільнолежачих кісткових фрагментів як автотрансплантатів.

Мета роботи. Оцінити можливість використання вільнолежачого кісткового фрагмента для відновлення неперервності нижньої щелепи у відстрочений період при вогнепальному ураженні.

Матеріали та методи. Проаналізовано клінічний випадок лікування пацієнта 37 років із вогнепальним пораненням нижньої щелепи з формуванням кісткового дефекту. У процесі обстеження застосовано клінічні, рентгенологічні (КТ) та інструментальні методи. Лікування включало етапну хірургічну обробку ран (дебридмент, лаваж), тимчасову іммобілізацію нижньої щелепи назубними шинами, медикamentозну терапію, а також відстрочений остеосинтез із використанням власного кісткового фрагмента та титанової пластини.

Анамнез. Пацієнт отримав поранення 22.08.2025 року внаслідок ураження FPV-дроном у зоні бойових дій (Донецька область). Первинну медичну допомогу отримав на етапах евакуації. Надалі проходив лікування у спеціалізованих закладах, де виконано первинні хірургічні втручання та стабілізацію стану. Після цього госпіталізований до відділення хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Тернопільської обласної клінічної лікарні для подальшого лікування.

Об'єктивний стан постраждалого. Загальний стан середнього ступеня тяжкості. Свідомість ясна, поведінка адекватна. Життєво важливі показники в межах норми (АТ 125/80 мм рт. ст., пульс 76/хв, ЧДР 19/хв). З боку інших органів і систем – без суттєвих відхилень. Наявний апарат зовнішньої фіксації на лівій верхній кінцівці, функціонує стабільно. В ділянці лівого плеча – рана з геморагічними виділеннями.

Місцевий статус. У лівій підщелепній ділянці визначалася рана розміром приблизно 10×4 см із серозно-гнійними виділеннями. При внутрішньоротовому огляді відзначалося порушення прикусу, різко позитивний симптом навантаження та крепітація кісткових фрагментів. За даними комп'ютерної томографії виявлено багатоуламковий перелом тіла нижньої щелепи з дефектом кісткової тканини та наявністю вільнолежачого фрагмента. Після санації рани виконано відстрочений остеосинтез із використанням життєздатного кісткового фрагмента, який було фіксовано титановою пластиною.

Висновки. 1. Використання вільнолежачих кісткових фрагментів при вогнепальних ураженнях нижньої щелепи у відстрочений період є можливим за умови збереження їх життєздатності. 2. Вибір методу реконструкції повинен базуватися на індивідуальній оцінці клінічної ситуації та розміру дефекту. 3. Застосування власного кісткового фрагмента забезпечує кращу відповідність анатомічній формі дефекту та сприяє стабільній фіксації і приживленню трансплантата.

МОДЕЛЬ ЕКСПЕРИМЕНТУ ДЛЯ ОБҐРУНТУВАННЯ РОЛІ СУБСТРАТУ ДЛЯ ЗАМІШУВАННЯ КІСТКОВО-ПЛАСТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ

Ємельянов С.Д., Астапенко О.О.

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

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Актуальність. У сучасній щелепно-лицевій хірургії широко застосовуються кістково-пластичні матеріали для відновлення дефектів кісткової тканини. Водночас питання вибору оптимального субстрату для їх замішування залишається дискусійним. Різні автори пропонують використовувати аутологічну кров, антисептичні розчини або ізотонічні середовища, часто спираючись на власний клінічний досвід, а не на результати системних наукових досліджень. Відсутність єдиного підходу до вибору субстрату може впливати на перебіг репаративної регенерації кістки, що зумовлює необхідність поглибленого вивчення даної проблеми.

Мета дослідження. Експериментально обґрунтувати вплив субстрату, використаного для замішування кістково-пластичного матеріалу, на процеси репаративної регенерації кісткової тканини.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено на лабораторних щурах (*Rattus norvegicus*), нелінійних, імбридних, віком 5–6 місяців, масою 250–280 г. У ділянці гілки нижньої щелепи моделювали дірчастий кістковий дефект, який заповнювали ксеногенним кістково-пластичним матеріалом, замішаним на різних субстратах.

Тварин було розподілено на три групи:

1. Дефект заповнювали матеріалом, замішаним на аутологічній крові.
2. Дефект заповнювали матеріалом, замішаним на 0,05% розчині хлоргексидину.
3. Дефект заповнювали матеріалом, замішаним на 0,9% розчині NaCl (контрольна група).

Виведення тварин з експерименту проводили на 1-шу, 14-ту та 21-шу добу. У кожній групі на кожний термін дослідження використовували по 5 тварин.

Оцінку перебігу репаративної регенерації буде здійснено за допомогою гістологічних методів з визначенням структурних особливостей загоєння кісткового дефекту на різних етапах регенерації в ділянці дефекту.

МІННО-ВИБУХОВА ТРАВМА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ТА ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

*Гусейнов А.Н., Маланчук В.О., Майстренко В.П., Мирошниченко М.С.,
Бойко А.А., Гринюк О.І.*

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

***Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології
Ірпінський військовий шпиталь, Україна, Ірпінь
Харківський національний медичний університет, Україна, Харків***

Військові конфлікти, терористичні акти та війни у світі ставлять перед медичною спільнотою широкий спектр питань щодо надання медичної допомоги військовослужбовцям і цивільному населенню з мінно-вибуховими травмами, які характеризуються одночасним ураженням різних анатомічних ділянок, зокрема щелепно-лицевої області. Метою цієї роботи було описати клінічний випадок лікування пацієнта з мінно-вибуховою травмою, яка проявлялася переломом правого вилично-орбітального комплексу та верхньої щелепи справа. На основі власного клінічного випадку автори показали, що лікування пацієнтів із мінно-вибуховими травмами щелепно-лицевої ділянки є тривалим, багатоетапним та повинно проводитися у спеціалізованому стаціонарі із залученням мультидисциплінарної команди фахівців.

Пацієнт М., 35 років, був госпіталізований 14 червня 2023 року. Після проведення комплексного обстеження встановлено діагноз: уламковий перелом правого вилично-орбітального комплексу та верхньої щелепи справа (рис. 1). З анамнезу відомо, що пацієнт отримав мінно-вибухову травму 6 червня 2023 року. На попередніх етапах надання медичної допомоги пацієнту було проведено первинну хірургічну обробку рани та видалення правого очного яблука. 15 червня 2023 року було проведено консилиум лікарів за участю нейрохірурга, невропатолога, офтальмолога, оториноларинголога та щелепно-лицевого хірурга, під час якого було визначено подальшу тактику лікування.

16 червня 2023 року пацієнту було проведено оперативне втручання. Виконано ревізію рани та репозицію кісткових уламків із використанням внутрішньоротового та зовнішнього доступів. За допомогою мікропластин виконано металевий остеосинтез правого вилично-орбітального комплексу та верхньої щелепи справа в ділянках виличної дуги, носово-верхньощелепного контрфорсу та передньої стінки верхньощелепної

пазухи (рис. 2). Під час ревізії рани були отримані фрагменти тканин, які надалі піддали морфологічному дослідженню. При оглядовій мікроскопії визначалися фрагменти сполучної, м'язової та кісткової тканини з вираженими дистрофічно-некротичними змінами, ознаками порушення кровообігу та вогнищевою помірно вираженою поліморфноклітинною інфільтрацією (рис. 3).

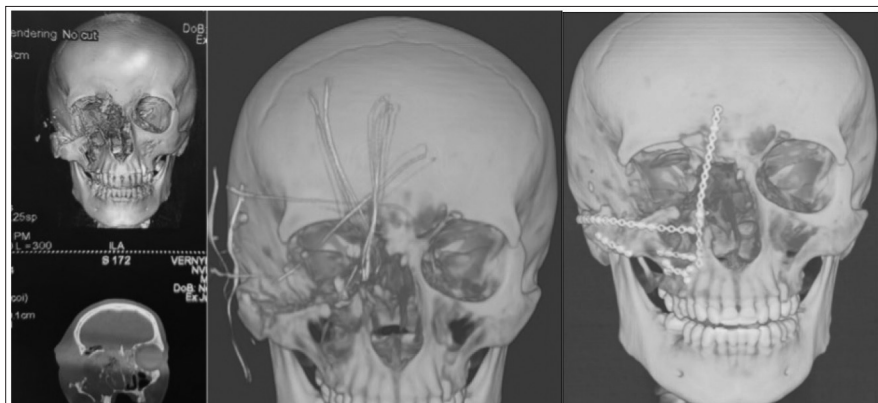


Рис. 1-2. КТ 3Д при госпіталізації та після операції

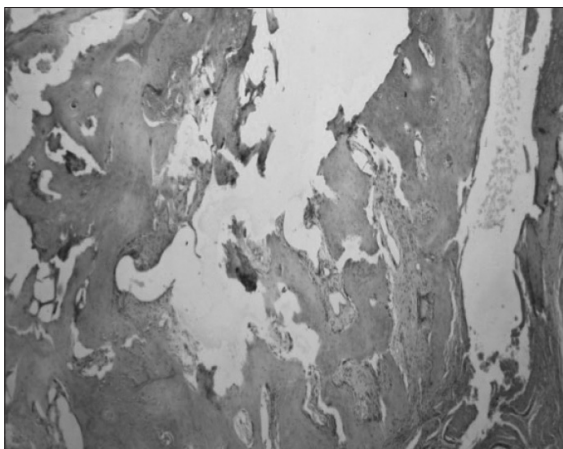


Рис. 3. Фрагменти кісткової, м'язової та сполучної тканин з альтеративними, гемодинамічними та запальними змінами. Забарвлення гематоксиліном та еозином, $\times 40$

Остання була представлена переважно нейтрофільними лейкоцитами, макрофагами та лімфоцитами. З урахуванням наявності значних кісткових дефектів у пацієнта було застосовано метод електростимуляції для активації процесів репаративного остеогенезу, ефективність якого була доведена нами раніше під час морфологічного дослідження експериментального матеріалу. Було використано електрод для електростимуляції, підключений до негативного полюса батареї діаметром $8 \times 2,5$ мм (рис. 4). Електрод було зафіксовано до мікропластини, яка утримувала кісткові уламки. Батарею введено в ротову порожнину та зафіксовано вікрилом до слизової оболонки перехідної складки верхньої щелепи. Тривалість процедури електростимуляції становила 30 днів, після чого пристрій було видалено під місцевою анестезією. 28 червня 2023 року пацієнта було виписано зі стаціонару для подальшого консервативного лікування в амбулаторних умовах. 5 вересня 2023 року пацієнт М. був повторно госпіталізований із діагнозом: «Деформація обличчя в ділянці правого вилично-орбітального комплексу, кістковий дефект зовнішнього краю та дна орбіти справа». Пацієнту було проведено реконструкцію орбіти за допомогою індивідуально виготовленого імплантата (рис. 5–7), який був розроблений інженерами компанії Materialise (Бельгія) із використанням програмного забезпечення Materialise Mimics Viewer та надрукований компанією 3D MetalTech (Україна) (рис. 5).



Рис. 4. Зовнішній вигляд електрода, який використовувався для електричної стимуляції

Перед встановленням імплантата було видалено мікропластину з ділянки носо-верхньощелепного шва, під час чого отримано невеликі фрагменти тканин, які направлено на морфологічне дослідження. Під час морфологічного дослідження було виявлено сполучну та пластинчасту кісткову тканину, які є складовими сформованого регенерату. Результати морфологічного дослідження клінічного матеріалу підтвердили ефективність методу електростимуляції процесів репа-

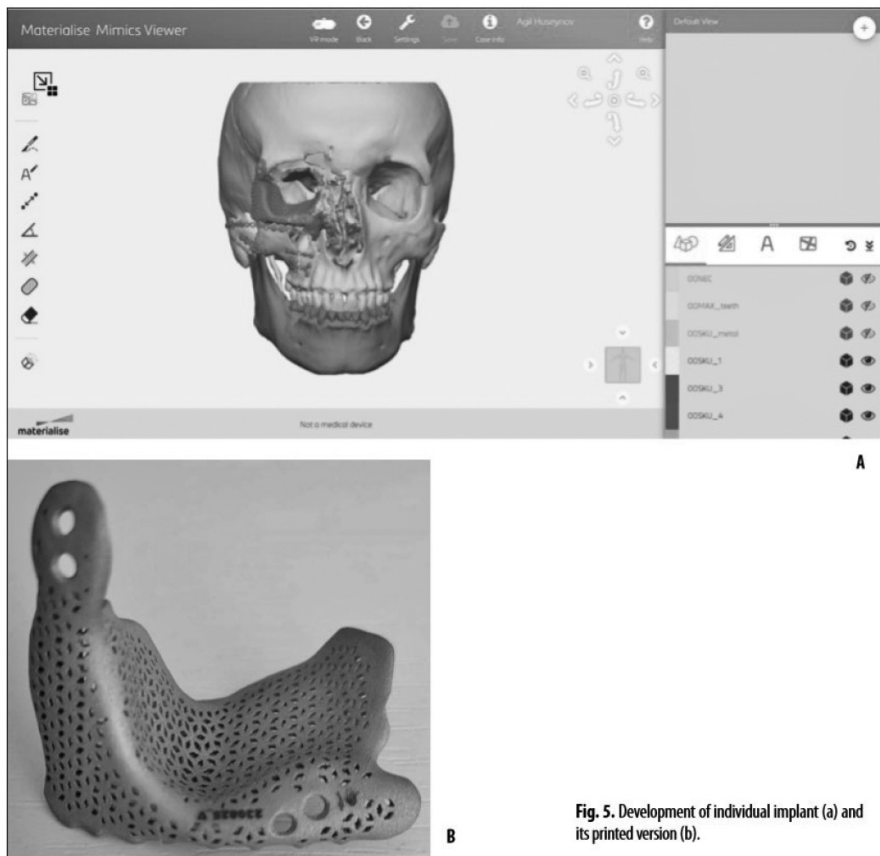


Рис. 5. Програмне забезпечення Materialise Mimics Viewer, модель надрукована компанією 3D MetalTech

ративного остеогенезу, що узгоджується з результатами інших дослідників та проведеними нами раніше морфологічними дослідженнями експериментального матеріалу. 11 грудня 2023 року пацієнту було проведено наступний етап хірургічного лікування, під час якого сформовано ложе для очного протеза. 10 січня 2024 року офтальмологи провели протезування правого ока пацієнта, після чого його було виписано зі стаціонару. Після мінно-вибухової травми надзвичайно важливе значення має фізична реабілітація, яка сприяє фізичному та психологічному відновленню пацієнта та поверненню до повноцінного життя (рис. 8).



Рис. 6. Вигляд встановленого імплантата під час операції

Рис. 7. 3Д КТ чере-
пу пацієнта після
реконструкції орбіти
з використанням
індивідуального
імплантата

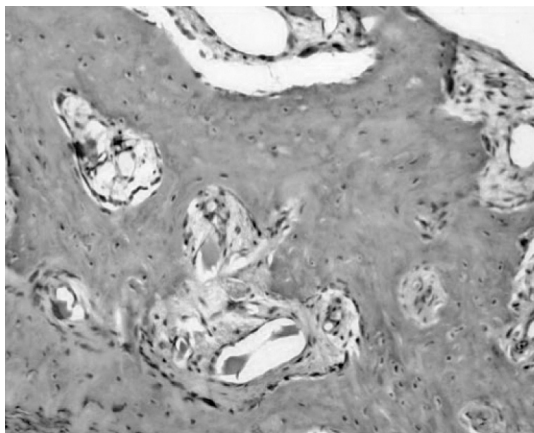


Рис. 8. Пластинчаста кісткова
тканина з ділянки утвореного
регенерату. Фарбування гема-
токсиліном та еозином, $\times 400$

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ОБ'ЄМНИХ ХАРАКТЕРИСТИК М'ЯКИХ ТКАНИН ОРБИТИ ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОКРИННОЮ ОРБИТОПАТІЄЮ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДІВ КОМП'ЮТЕРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ

Слободянюк А. С.

*Національний медичний університет імені Богомольця, Україна, Київ
Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології*

Вступ. Ендокринна орбітопатія (ЕО) – це запальне захворювання орбіти та періорбітальних тканин, яке є частиною аутоімунного процесу хвороби Грейвса (ХГ). Етіологічним фактором ХГ є антитіла до рецептора тиреотропного гормону. Основні прояви захворювання включають поєднання набряку та фіброзу м'язів (що призводить до збільшення їх об'єму) разом із надмірним накопиченням жирової клітковини в орбіті. Ці механізми лежать в основі клінічних симптомів ЕО, таких як екзофтальм, диплопія та дистиреоїдна оптична нейропатія. У літературі лише кілька повідомлень присвячено вивченню об'ємних та морфометричних характеристик орбіти та її м'яких тканин при ЕО. Використання САD-технологій та комп'ютерного моделювання (КМ) в аналізі ЕО пропонує більші можливості для вирішення діагностичних та лікувальних проблем при цьому стані.

Мета. Провести порівняльний аналіз площі кісткової поверхні орбіти, загального об'єму м'яких тканин, екстраокулярних м'язів та жирових компартментів орбіти за допомогою методів комп'ютерної томографії у пацієнтів без патології та порівняти їх з ендокринною орбітопатією.

Матеріали та методи. Було проведено комп'ютерну томографію (КТ) 22 пацієнтів з ендокринною орбітопатією (ЕО), які отримували лікування на клінічних базах кафедри з 2016 по 2022 рік. Група складалася з 10 чоловіків та 12 жінок, середній вік яких становив $38,49 \pm 13,52$ роки. Отримані результати порівнювали з результатами контрольної групи зі 178 осіб без орбітальної патології, зібраних за статтю та віком. Критерії включення до основної групи містили підтверджений діагноз ЕО, вік >18 років, наявність КТ-зображень задовільної якості та даних пацієнта (вік, стать), інформовану згоду та відсутність радіологічних ознак травми або неопластичних процесів у щелепно-лицевій ділянці. Дані КТ у форматі DICOM були оброблені за допомогою програмного забезпечення Mimics Medical 21.0 (Materialise, Бельгія), де для орбітоволюметричного аналізу використовувалася сегментація. Статистичні розрахунки були проведені з використанням тестів Шапіро-Вілکا та Манна-Вітні для незалежних вибірок.

Результати. Середня площа орбітальної поверхні в групі з ендокринною орбітопатією становила $59,73 \pm 5,24$ см² порівняно з $53,07 \pm 4,90$ см² у контрольній групі. Середній орбітальний об'єм становив $26,29 \pm 3,5$ см³ у групі ЕО та $26,50 \pm 2,90$ см³ у контрольній групі ($p = 0,73$ та $p = 0,72$ відповідно). Середній м'язовий об'єм у пацієнтів з ЕО становив $7,63 \pm 3,02$ см³ порівняно з $3,86 \pm 0,56$ см³ у контрольній групі ($p = 0,0003$). Середній об'єм орбітального жиру в групі ендокринної орбітопатії становив $18,75 \pm 4,25$ см³ порівняно з $22,13 \pm 2,81$ см³ в контрольній групі ($p = 0,0081$).

Висновки. Дослідження не виявило кореляції між об'ємом та площею поверхні орбіти, але продемонструвало сильну кореляцію між об'ємом м'язів та жиру у пацієнтів з ЕО та контрольної групи. Цікаво, що співвідношення жиру до м'язів становило 2,5:1 у групі ЕО порівняно з 5,7:1 у контрольній групі. Цей підхід може слугувати перспективним методом диференціальної діагностики ЕО, особливо при оцінці її різних форм та плануванні орбітальної декомпресії як основного методу лікування.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Литовченко Н.М., Стратулат В.О., Порутчикова Є.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Вогнепальні та мінно-вибухові поранення є особливим видом травми, яка відрізняється не тільки тяжкістю ушкодження, але й особливостями діагностики і наданням медичної допомоги. При пораненнях щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) сучасні види зброї наносять численні ушкодження та деформації як м'яких тканин, так і кісток лицевого черепа, що призводить до тяжких психологічних розладів через зовнішню деформацію обличчя, порушення функції жування, ковтання, мови тощо. Було проведено дослідження, направлене на виявлення особливостей вогнепальних поранень ЩЛД, що вказує на специфіку їх діагностики та лікування, а також тактику хірурга при наданні першої та спеціалізованої допомоги таким постраждалим. За 2022–2025 рр. на базі КНП «Київська міська клінічна лікарня № 12» було обстежено та надано допомогу 25-ти військовим.

Майже кожна травма обличчя призводить до обширної втрати зубів, що також позбавляє людину повноцінного життя.

Значна частина поранень обличчя призводить до втрати одного ока та переважно якості зору на другому. Все частіше ми стикаємося з

випадками повної втрати зору через поранення. Втрачається здатність відчувати запахи, інколи назавжди.

За нашими дослідженнями серед усіх поранених учасників бойових дій в Україні, 20-25% мають поранення обличчя. До 2/3 цих поранень потребують спеціалізованої висококваліфікованої хірургічної допомоги.

Усе це наслідки, з якими доводиться стикатися військовим після травм голови та обличчя. А коли такі пацієнти мають ще й поранення інших частин тіла, ампутації, то задача відновитися для реабілітації стає надскладною.

SECONDARY LIP CORRECTIONS IN PATIENTS WITH A CLEFT LIP: INDICATIONS, TECHNIQUES, AND AESTHETIC-FUNCTIONAL OUTCOMES

Titiaan Dormaar

Radboud University Medical Center, Nijmegen, the Netherlands

Titiaan Dormaar is a cranio-maxillofacial and cleft surgeon working in the departments of Oral and Maxillofacial Surgery of the UZ Leuven (Leuven, Belgium) since 2012 and of the Radboudumc (Nijmegen, the Netherlands) since 2022

*His clinical focus is on primary, secondary and tertiary cleft surgery, craniosynostosis, other congenital craniofacial anomalies, cranio-maxillofacial trauma and orthognathic surgery
Since 2022 he is assistant secretary of the EACMFS*

Abstract. Despite primary lip closure, aesthetic and functional residual abnormalities persist in a portion of patients with a cleft lip. Asymmetry of the cupid's bow, vermilion defects, scar hypertrophy, muscle discontinuity, and nasal deformities can lead to functional impairment and psychosocial impact. Secondary lip corrections therefore play an important role within the multidisciplinary treatment of cleft patients.

Secondary lip correction in patients with cleft lip is part of the comprehensive treatment of this group of patients. The report will present indications, techniques, aesthetic and functional results, optimal timing, surgical techniques for secondary lip correction in patients with unilateral or bilateral cleft lip. Attention will be focused on both aesthetic and functional results of treatment of these patients.



IV. ХВОРОБИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ВИБІР АЛГОРИТМУ ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНІХ ПОРУШЕНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ

Семенова Т.Р., Воловар О.С.

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

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Актуальність. Внутрішні порушення скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) залишаються однією з найскладніших проблем сучасної стоматології, оскільки їхня діагностика та лікування вимагають мультидисциплінарного підходу. Зростання кількості пацієнтів із внутрішніми порушеннями обумовлює необхідність удосконалення критеріїв діагностики, які дозволяють своєчасно виявляти зміни у структурі суглобів і прогнозувати перебіг захворювання. Визначення чітких діагностичних ознак це основа для вибору індивідуалізованої тактики лікування, яка враховує особливості клінічного перебігу та морфологічних змін у кожного пацієнта. Сучасні методи візуалізації (магнітно-резонансна томографія (МРТ), ультразвукове дослідження (УЗД) та комп'ютерна томографія) покращують можливості деталізації процесів, підвищують точність діагнозу та ефективність подальшої терапії. Тому інтегрування діагностичних критеріїв у процес прийняття клінічних рішень дозволяє оптимізувати лікування внутрішніх порушень СНЩС, сприяє зменшенню ризику розвитку ускладнень у майбутньому.

Мета дослідження. Проаналізувати вплив визначення та застосування сучасних діагностичних критеріїв внутрішніх порушень СНЩС на вибір індивідуалізованого алгоритму лікування пацієнтів.

Матеріали та методи. До ретроспективного дослідження були включені історії хвороби та результати інструментальних досліджень 52 пацієнтів (36 жінок та 16 чоловіків, віком 32-46 років) із підозрою на внутрішні порушення СНЩС, які проходили обстеження та лікування на базі Стоматологічного медичного центру Національного медичного

університету імені О.О. Богомольця, у період з березня 2021 р. по листопад 2025 р. Критеріями включення були обмеження відкривання рота, клацання, хрускіт у ділянці СНЩС, наявність больового синдрому, а також оклюзійно-артикуляційні порушення. Для деталізації морфологічних і функціональних змін використовували сучасні методи візуалізації: МРТ, конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ), УЗД СНЩС. Проведено аналіз основних діагностичних критеріїв, які були отримані за допомогою вказаних методів, з подальшим групуванням пацієнтів відповідно до виявлених змін (ступінь зміщення диска, наявність синовіального випоту, ознаки дегенеративних процесів тощо). Вибір лікувальної тактики здійснювався на основі отриманих діагностичних даних, оцінено ефективність терапії за клінічними та інструментальними показниками. Для статистичної обробки результатів використовували методи описової статистики, t-критерій Стюдента. Достовірність вважали значущою при $p < 0,05$.

Результати. На основі комплексної діагностики (МРТ, КПКТ, УЗД) пацієнти були розподілені на 3 основні групи відповідно до виявлених змін: група I – незначне зміщення диска без ознак синовіту та виражених дегенеративних змін (22 (42,3%) пацієнти). Для цієї групи застосовували традиційні методи лікування (виготовлення оклюзійних шин, фізіотерапія, медикаментозна терапія). Покращення клінічного стану (зменшення болю, відновлення рухливості) досягнуто у 19 (86,4%) осіб; група II – деформація диска, ознаки синовіту (18 (34,6%) пацієнтів). Застосували традиційні методи лікування та малоінвазивні втручання (артроцентез, внутрішньосуглобові ін'єкції). Суттєве покращення відзначено у 13 (72,2%) пацієнтів, у 3 випадках спостерігалася часткова позитивна динаміка, ще у 2 пацієнтів не досягнуто очікуваної динаміки; група III – виражені кістково-дегенеративні зміни (12 (23,1%) пацієнтів). Застосовували комбіновані підходи: традиційна терапія у поєднанні з малоінвазивними процедурами, а також відкрите хірургічне втручання. Покращення стану досягнуто у 7 (58,3%) пацієнтів, у 3 осіб стабілізація процесу, у 2 не досягнуто очікуваної динаміки.

Висновки. Усі пацієнти перебували під динамічним спостереженням із повторною інструментальною діагностикою. Встановлено, що чітке групування за діагностичними критеріями дозволяє обґрунтовано обирати лікувальний алгоритм та підвищує ймовірність позитивного клінічного результату. Інтеграція сучасних методів візуалізації у процес прийняття клінічних рішень сприяє персоналізації лікування, своєчасній корекції та зниженню ризику розвитку ускладнень у пацієнтів із внутрішніми порушеннями СНЩС.

ЕВОЛЮЦІЯ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ ЛЮДИНИ

Шувалов С.М.

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

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Актуальність. У деяких складних випадках діагностики уроджених вад щелеп та скронево-нижньощелепного суглобу постає необхідність знання їх не тільки онтогенетичного, але ж і філогенетичного розвитку. З цією метою у XIX–XX сторіччях була проведена ґрунтовна робота з опису щелепних та слухових кісток у риб, амфібій, рептилій, ссавців з використанням методів порівняльної анатомії.

Але пояснень виникнення деяких видів уроджених вад з точки зору еволюційної морфології зроблено не було. Тому дослідження еволюційної морфології кісток обличчя залишаються актуальними.

Мета роботи. Провести аналіз відомих джерел літератури, присвячених порівняльній анатомії. Дослідити особливості формування щелеп та їх суглоба у риб. Пояснити походження деяких аномалій щелеп у хворих.

Матеріали та методи. Аналіз матеріалів 15 робіт з еволюційної морфології. Виготовлення власних препаратів кісток щелеп риб. Клінічне спостереження.

Результати. Розвиток щелеп у тварин починається з утворення хрящової структури в нижньому відділі першої зябрової дуги (меккелевого хряща).

Еволюційно меккелів хрящ з'явився у ранніх хордових в прекембрійському періоді (криптозої), тобто ще до появи щелепноротих (gnathostoma).

В палеонтології особливості формування щелеп і слухових кісточок (молоточок, коваделко, стрімячко), наявність їх чи відсутність, покладено в основу ідентифікації, класифікації тварин: безщелепні, щелепнороти, риби, амфібії, рептилії, птахи, ссавці.

В еволюційній морфології загально прийняті та широко розповсюджені твердження, що «Історія хребетних – це історія розвитку щелеп».

Це ми продемонстрували на власних препаратах кісток риб. Складно виглядає формування первинних суглобів через з'єднання суглобової, квадратної та гіомандибулярної кісток у риб.

Зубна та зічленовна кістки у риб та рептилій з'єднуються досить щільно, що необхідно для міцного захоплення об'єкту їжі. Зічленовна кістка у середньому вусі ссавців утворює молоточок з рукояткою. З нижнього відростку зубної кістки формується вторинний скронево-нижньощелепний суглоб, з верхнього відділу – вінцевий відросток.

Зменшення кількості рухомих кісток у формуванні щелепи й суглобу було необхідно для еволюційного переходу до акту жування як головному способу переробки їжі.

Таким чином, нижня щелепа людини еволюційно сформувалась із зубної кістки (*os dentatae*) риб, та ще раніше із меккелевого хряща первинних щелепно-ротих з еволюційної точки зору скронево-нижньощелепний суглоб людини, як і всіх ссавців, є вторинним суглобом.

Первинний суглоб тварин формується з артикуляційної, квадратної чи гіомандибулярної кісток.

ЛІКУВАННЯ МІОФАСЦІАЛЬНОГО СИНДРОМУ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ «DRY NEEDLING»

Воловар О.С., Пірожкова А.М.

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

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Актуальність. На сьогодні наявна значна поширеність розладів скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) у населення світу, що за деякими дослідженнями сягає 10% серед дорослого населення. Серед основних клінічних симптомів наявний міофасціальний біль, який передусім знижує якість життя. Отже, ця проблема зумовлює розробку нових методів лікування синдрому міофасціального болю дисфункції, до яких належить метод «Dry needling».

Мета дослідження. Визначення ефективності лікування пацієнтів з синдромом міофасціального болю дисфункції методом «Dry needling».

Матеріали та методи: Всього у дослідженні брали участь 54 пацієнти. Пацієнтів було рандомізовано порівно розділено на контрольну та експериментальну групи. Експериментальна група отримувала техніку глибокого проколювання тригерних точок: голку вводили на глибину і стимулювали 5 разів. Контрольній групі було проведено симулятивне втручання: голку застосовували до ділянок, розташованих далі від

тригерних точок у жувальних і скроневих м'язах, при цьому слідкували, щоб глибина введення була не більше підшкірного шару. Оцінювання ефективності проводили за допомогою візуально-аналогової шкали болю, кількості тригерних точок та амплітуді біоелектричних потенціалів.

Результати дослідження. Зменшення балів за візуально-аналоговою шкалою болю в експериментальній групі відмічалось у 56,61%, в контрольній групі пацієнтів на 25,71% порівняно з показником до лікування. Кількість тригерних точок в експериментальній групі зменшилася на 62,38%, в контрольній групі – на 16,94 % порівняно з даними до початку лікування. Амплітуда біоелектричних потенціалів також зменшилася в експериментальній групі більше, ніж в контрольній, що статистично підтверджено.

Висновки. Метод лікування за допомогою сухої голки глибоким проколюванням демонструє ефективність у зменшенні болю, кількості тригерних точок і біоелектричною активністю у пацієнтів з синдромом міофасціального болю дисфункції.

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА КОЛАГЕНОМ І ТИПУ

Крижанівська О.О., Воловар О.С.

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

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

За даними сучасної літератури для лікування суглобів використовують препарати колагену. Цей білок є ключовим структурним компонентом сполучної тканини, що забезпечує міцність та еластичність хрящів, зв'язок і сухожилів. З віком, а також внаслідок надмірних фізичних навантажень або травм, природний синтез колагену в організмі сповільнюється, що призводить до дегенеративних змін у суглобі (Рекалов Д. Г. та співавт., 2023).

Нині особливу увагу приділяють гідролізатам колагену (частково денатурованим формам) та неденатурованому колагену II типу як ефективним засобам для відновлення цілісності хрящової тканини, зменшення запальних процесів, больового синдрому, покращення рухливості суглобів (Alvi A. et al., 2025).

Експериментальні та клінічні дослідження останніх 20 років *in vivo* показали підвищення мінеральної щільності кісток і покращення мікро-архітектури кісток разом з ключовими регуляторними маркерами функції остеобластів та остеокластів під час лікування препаратами колагену II типу (Simental-Mendía M. et al., 2025).

Окрему увагу сучасні експериментальні дослідження приділяють колагену I типу. Хоча основна маса суглобового хряща складається з II типу, саме I тип є домінантним у структурі зв'язок, сухожиль і кісткової тканини. Внутрішньосуглобове введення колагену в колінні суглоби щурів з індукованим остеоартрозом стимулює хондроцити до вироблення гіалінового хряща та перешкоджає нормальній запальній реакції, що призводить до утворення фіброзної тканини, зменшення симптомів і поліпшення функціональності. Застосування колагену I типу в комплексній терапії дозволяє зміцнити зв'язковий апарат, що важливо для стабілізації суглоба, стимулювати остеобласти, сприяючи підтримці мінеральної щільності кісткової тканини (Tarantino D. et al., 2025).

Лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань скронево-нижньощелепного суглоба СНЩС) викликає значні труднощі у клініцистів, тому, враховуючи експериментально доведену ефективність препаратів колагену, ми поставили за *мету* клінічно дослідити ефективність використання колагену для цієї групи пацієнтів. Колаген I типу був препаратом вибору, оскільки він впливає на структуру кістки та укріплює сполучну тканину, що важливо для м'якотканинних елементів суглоба (синовіальна оболонка, капсула, зв'язки, навколо-суглобові м'язи).

В Стоматологічному медичному центрі Національного медичного університету імені О.О. Богомольця нами було проведено обстеження та лікування 12 пацієнтів (ч – 3, ж – 9) із дегенеративно-дистрофічними захворюваннями СНЩС, середній вік яких склав $38 \pm 6,3$ років з використанням ін'єкційного тропоколагену I типу з молекулярною масою 300 кДа «MD-TISSUE» (GUNA S.p.a., Milan-Italy).

Тропоколаген I типу з молекулярною масою 300 кДа отримують з колагену свині шляхом тангенціальної фільтрації, стерилізації та контролю молекулярної маси. Окрім біохімічної та філогенетичної подібності з колагеном тканин людини препарат містить високі концентрації основних колагеноутворюючих амінокислот: гліцину (22,8%), проліну (13,8%), гідроксипроліну (13%). Середній вміст інших амінокислот становить лише 3% (максимум глютамінової кислоти 9,5%, мінімум тирозину 0,4%). У формулу додатково введено інші біологічно активні речови-

ни, а саме комплекс з вітамінів С, В₁, В₂, В₆ та глюконату Mg, які необхідні для синтезу колагену, нормалізують метаболічні процеси в суглобі на клітинному рівні, стимулюють біоревіталізацію та захищають від впливу вільних радикалів.

Курс лікування становив 2 місяці, включав внутрішньосуглобове введення тропоколагену по 1 мл в ділянку обох СНЩС. Перші 4 ін'єкції робили 2 рази на тиждень, наступні – 1 раз на тиждень.

Обстеження хворих проводили за класичною методикою обстеження пацієнтів із захворюваннями СНЩС. Враховували ступінь відкривання рота, об'єм рухів нижньої щелепи, відмічали наявність хрускоту в суглобі. З'ясовували наявність, вираженість болю в СНЩС за вербальною шкалою оцінки інтенсивності болю Verbal Descriptor Scale (VDS).

Після курсу лікування тропоколагеном І типу з молекулярною масою 300 кДа відмічено відсутність болю як у стані спокою, так і під час різноманітних рухів нижньої щелепи, жуванні твердої їжі у всіх пацієнтів (100%).

На етапі лікування (на 2 тижні) біль становив $4,2 \pm 0,8$ балів, відмічали збільшення відкривання рота до $3,4 \pm 0,7$ см, покращився об'єм рухів щелепи, зменшився хрускіт у СНЩС.

Під час повторних оглядів через 1 місяць після лікування спостерігали покращення показників: відсутність болю як в стані спокою, так і під час жування. Прослідковували і покращення об'ємів рухів нижньої щелепи, відкривання рота в усіх пацієнтів $3,7 \pm 0,6$ см.

Таким чином, клінічно отримано позитивний результат монотерапії тропоколагеном І типу з молекулярною масою 300 кДа у пацієнтів із дегенеративно-дистрофічними захворюваннями СНЩС з ознаками структурних змін кістки. З урахуванням цього доцільно лікувати СНЩС із дегенеративно-дистрофічними захворюваннями тропоколагеном І типу з молекулярною масою 300 кДа курсом двічі на рік.

Введення ін'єкційних препаратів колагену І типу з молекулярною масою 300 кДа в протоколи лікування пацієнтів із захворюваннями СНЩС відкриває нові можливості для кращої реабілітації пацієнтів із дегенеративними захворюваннями суглобів.

Література

1. Рекалов, Д. Г., Головач, І. Ю., Доценко, С. Я., Данюк, І. О., Кулинич, Р. Л., Шевченко, М. В., & Крупко, В. В. (2023). Роль колагену в лікуванні остеоартриту та інших захворювань опорно-рухового апарату: сучасні погляди та доказова база // Український ревматологічний журнал, (91), 12-23. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.91.17717>

2. Alvi, A., Parashar, K., Siddiqui, S., & Arshad, M. (2025). Therapeutic potential of fish collagen hydrolysates in osteoporosis prevention: a narrative review based on cellular, molecular, and clinical evidence. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 10.1007/s00198-025-07698-5. Advance online publication <https://doi.org/10.1007/s00198-025-07698-5>

3. Simental-Mendía, M., Ortega-Mata, D., Acosta-Olivo, C. A., Simental-Mendía, L. E., Peña-Martínez, V. M., & Vilchez-Cavazos, F. (2025). Effect of collagen supplementation on knee osteoarthritis: an updated systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials // *Clinical and experimental rheumatology*, 43(1), 126–134 <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/kflfr5>

4. Tarantino, D., Mottola, R., Palermi, S., Sirico, F., Corrado, B., & Gnasso, R. (2023). Intra-Articular Collagen Injections for Osteoarthritis: A Narrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 4390. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054390>

КЛІНІЧНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА ЦИФРОВІ БІОМАРКЕРИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПРОТОКОЛІВ ОЦІНКИ ФІЗІОЛОГІЧНОГО МІЖЩЕЛЕПНОГО ПОЛОЖЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ СТОМАТОГНАТИЧНОЇ СИСТЕМИ

Вовк В.Ю., Вовк Ю.В.

*ДНТ «Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького», Україна, Львів*

Дисфункції стоматогнатичної системи (СГС) є мультифакторним порушенням, яке включає зміни оклюзійної взаємодії, функціональної координації жувальних м'язів і порушення фізіологічного міжщелепового положення. Традиційні підходи часто обмежуються клінічними оцінками або статичними моделями, що не дозволяє адекватно врахувати динаміку оклюзійної взаємодії та індивідуальні структурно-функціональні особливості значної кількості пацієнтів. У нашому дослідженні ми пропонуємо інтегрований клінічно-цифровий підхід, який поєднує концепцію фізіологічного відновлення міжщелепового положення через протоколи Therafunction TFL+2D Life Centric Guide® та Therafunction TFL+3D Centric Guide® із клінічним аналізом Therafunction Screen-it® та цифровою діагностикою оклюзії приладом T-Scan®.

Therafunction Screen-it® дозволяє стандартизовано оцінювати клінічні параметри оклюзії включно з вертикальною висотою нижньої третини обличчя, симетрією динамічних рухів нижньої щелепи, функціональною координацією жувальних м'язів, а також фотографічною документацією обличчя та зубощелепового апарату для міжпрофесійної комунікації. Інструменти Levelcheck і Ratiocheck забезпечують контроль оклюзійної площини та пропорцій зубних рядів відповідно до пропорції «золотого перетину», що дозволяє індивідуально відновити фізіологічний статус структурно-функціональних параметрів СГС. Цей підхід відображає інтеграцію функціональної та естетичної складових при відновленні індивідуалізованого міжщелепового позиціонування пацієнтів.

Інструментальний аналіз статичної та динамічної оклюзії пристроєм T-Scan® дозволяє реєструвати ключові цифрові оклюзійні біомаркери, включно з часом оклюзії (OT), часом дезоклюзії (DT), траєкторією центру сили (COF trajectory) та розподілом оклюзійного навантаження (force distribution). Ці показники забезпечують об'єктивну оцінку функціональної взаємодії зубних рядів і дозволяють кількісно порівняти ефективність різних протоколів у відновленні фізіологічного міжщелепового положення.

Отримані нами результати демонструють, що протокол Therafunction TFL+3D Centric Guide® стабільно забезпечує відновлення фізіологічного міжщелепового положення з оптимізованим розподілом оклюзійного навантаження та кращими цифровими показниками OT, DT і COF. Застосовані цифрові біомаркери стоматогнатичної системи дозволяють проспективно прогнозувати функціональні результати лікування і формують основу для персоналізованого планування реабілітації пацієнтів із дисфункцією СГС.

Таким чином, запропонований підхід, який поєднує результати клінічної функціональної діагностики, стандартизовану оцінку оклюзії та цифрову аналітику, обґрунтовує нові перспективні напрямки діагностики, планування лікування та контролю ефективності функціональної реабілітації пацієнтів із дисфункцією СГС.

ФІЗІОЛОГІЧНІ МЕЖІ ВІДКРИВАННЯ РОТА ТА ГІПЕРМОБІЛЬНІСТЬ ЯК ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ДИСФУНКЦІЇ СКРЕНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБІВ

Шувалов С.М., Криничних Г.І., Нагайчук В.В., Фещук Л.І.

Вінницький національний медичний університет

ім. М.І. Пирогова, Україна, Вінниця

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Актуальність. Однією із поширених проблем стоматології є зростання функціональних порушень у скронево-нижньощелепних суглобах. За даними Рибалова О.В. та співавт. (2019), головними причинами дисфункцій є оклюзійна та компресійно-дислокаційна (відповідно 43 та 34% від загального числа спостережень авторів). У тому ж дослідженні були наведені дані про 8,1% пацієнтів з гіпермобільністю суглобів. Питання, у яких межах величина відкривання рота може вважатись фізіологічною нормою або патологічною гіпермобільністю, на наш погляд, залишається відкритим, що було взято за мету дослідження.

Матеріали та методи. Було обстежено 115 студентів стоматологічного факультету Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Враховували наявність або відсутність скарг на обмежене відкривання рота, біль, девіацію нижньої щелепи. Відстань між різцями вимірювали за допомогою шкали діапазону руху «Thera Bite».

Результати та обговорення. Усі обстежувані, залежно від обсягу відкривання рота, були поділені на три групи. У першій групі показники міжрізцевої відстані при максимальному відкритті рота становили 40–50 мм (47 (40,9%) студентів), у другій групі – 51–59 мм (52 (45,2%) студенти), у третій – 60–70 мм (16 (13,9%) студентів). У кожній із трьох груп відзначали наявність скарг в обстежуваних на хрускіт та біль: в 1 (0,87%) студента із першої групи, 3 (2,6%) із другої групи, 2 (1,74%) із третьої. Було виявлено, що у всіх групах наявність хрускоту та девіації не були пов'язані з величиною відкриття рота. Функціональні порушення у суглобі виявлені перш за все у студентів із оклюзійними порушеннями та кінцевими дефектами зубних рядів.

Висновки.

1. Поняття гіпермобільності у скронево-нижньощелепних суглобах потребує уточнення.

2. Явища гіпермобільності призводять до появи болю при різних варіантах величини відкриття рота.



V. ДЕНТАЛЬНА ІМПЛАНТАЦІЯ

ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ ЩІЛЬНІСТЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ТА ПЕРВИННОЮ СТАБІЛЬНІСТЮ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ КІСТКИ

Бродецький І.С., Жураковська Г.В.

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

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Актуальність. Первинна стабільність дентального імплантату є одним із ключових чинників успішної остеointegraції та довготривалого функціонування ортопедичної конструкції. Величина торку під час встановлення імплантату широко використовується як клінічний показник механічної стабільності. Щільність кісткової тканини вважається одним із основних факторів, що впливають на досягнення достатнього рівня первинної фіксації. Разом із тим ступінь цього впливу може відрізнятися залежно від морфологічного типу кістки (Д1-Д4), що зумовлює необхідність диференційованого аналізу.

Мета дослідження. Визначити характер та силу кореляційного зв'язку між показниками щільності кісткової тканини та величиною торку при фіксації імплантату з урахуванням типу кістки.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз клінічних даних 54 пацієнтів, яким виконувалася дентальна імплантація. По гендерному розподілу чоловіків – 20, жінок – 34. За допомогою програми Real Guide оцінювали числові показники щільності кісткової тканини. Величину торку (Н/см) визначали під час встановлення імплантату за допомогою динамометричного ключа. Тип кістки визначався відповідно до клініко-рентгенологічних критеріїв (Д2, Д3, Д4). В нашій вибірці пацієнтів тип кісткової тканини Д1 був відсутній. З огляду на неоднорідність вибірок за обсягом ($n = 4-30$) та відсутність підтвердженої нормальності розподілу показників, для оцінки взаємозв'язку застосовано непараметричний кореляційний аналіз (коефіцієнт Спірмена, ρ), що є коректним для малих вибірок і порядкових або ненор-

мально розподілених даних. Силу зв'язку інтерпретували за загально-прийнятими критеріями: до 0,3 – слабкий, 0,3–0,5 – помірний, понад 0,5 – відносно сильний зв'язок.

Результати. Загальний аналіз усієї вибірки продемонстрував слабкий позитивний кореляційний зв'язок між щільністю кісткової тканини та величиною торку, що свідчить про обмежений вплив щільності кістки на первинну стабільність при об'єднанні всіх типів кістки.

При стратифікації за типами кісткової тканини встановлено:

Тип Д3 ($n = 30$): виявлено помірний позитивний кореляційний зв'язок між щільністю та торком. Це свідчить про наявність клінічно значущої тенденції до підвищення первинної стабільності зі збільшенням щільності кістки в межах даного морфологічного типу.

Тип Д4 ($n = 18$): кореляційний зв'язок слабкий та статистично не виражений, що вказує на відсутність чіткої залежності між щільністю кістки та показниками торку в умовах переважання губчастої структури.

Тип Д2 ($n = 4$): спостерігалася тенденція до позитивного зв'язку, однак через малу кількість клінічних випадків результати не можуть вважатися статистично надійними та потребують подальшого підтвердження.

Обговорення. Отримані результати свідчать, що вплив щільності кісткової тканини на первинну стабільність імплантату не є універсальним і значною мірою залежить від морфологічного типу кістки. Найбільш виражена залежність характерна для типу Д3, який має оптимальне співвідношення кортикального та губчастого компонентів. У кістці типу Д4 показники щільності не дозволяють достовірно прогнозувати рівень торку, що може обумовлювати необхідність модифікації хірургічного протоколу.

Висновки.

1. Щільність кісткової тканини демонструє неоднаковий вплив на величину торку залежно від типу кістки.
2. Найбільш виражена позитивна залежність встановлена для типу Д3.
3. У кістці типу Д4 щільність не є надійним предиктором первинної стабільності.
4. Малі вибірки (тип Д2) потребують подальших досліджень для формування статистично обґрунтованих висновків.

Практичне значення. Стратифікація пацієнтів за типом кістки та використання коректних статистичних методів дозволяє підвищити достовірність прогнозування первинної стабільності імплантатів і оптимізувати клінічну тактику.

КОРОЗІЙНА СТІЙКІСТЬ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ТА СТАБІЛЬНІСТЬ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

*Лось В.В.¹, Маланчук В.О.², Талаш В.М.³, Руденко Ю.Б.³,
Василишин У.Р.¹, Борисенко Д.А.¹*

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

***Кафедра хірургічної стоматології¹ ННІ стоматології
Кафедра ортопедичної стоматології² ННІ стоматології
ІПМ ім. І.М. Францевича³***

Використання дентальних імплантатів у стоматологічній практиці часто вважають простим та доступним. За цією умовною простотою заховані складні проблеми корозійних процесів. Взаємодія тіла імплантата та сполучної тканини забезпечується стабільністю сплавів металів зубних протезів та імплантатів, їх корозія часто недооцінюється як реальна небезпека, виникнення небажаних явищ, таких як гальванізм та інше.

Застосування металевих та особливо облицьованих версій імплантатів в стоматологічній зубопротезній практиці завжди пов'язано з процесами їх взаємодії з активним середовищем живого організму – рідиною ротової порожнини, плазмою крові з нестабільним рН та безпосередньо з гідроксиапатитом $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$ та карбонатапатитом $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6\text{CO}_3$ кісткової тканини (Лось, 2005, 94). Препарування зубного ряду призводить до виникнення певних електрохімічних реакцій між металом зубних протезів і коренів (імплантати) з активними біосередовищами, внаслідок яких на поверхнях імплантатів відбуваються зміни, що мають неперворотний характер. Тому успішність в застосуванні та відповідно поширеність кожного конкретного стоматологічного матеріалу на основі металів або сплавів на пряму залежить від його корозійної стійкості в означених біосередовищах живого організму.

Достеменно відомо, що корозійні процеси в порожнині рота характеризуються тим, що за наявності навантаження вплив внутрішньоротової рідини на імплантати є більш агресивним, а присутність металевих елементів у слині здатна чинити множинні впливи як на слизову оболонку, так і на кісткову тканину. Крім того, потрібно враховувати, що електрохімічні реакції відбуваються одночасно на тлі впливу на них мікрофлори порожнини рота, температури і нестабільності рН (Лось, 2006).

Тривалість роботи конструкції зубних протезів фактично забезпечується складом та корозійними характеристиками його складових компонентів та їх структурних параметрів та їх стійкістю.

У сучасній імплантаційній практиці найбільше використовуються матеріали на основі чистого титану і його сплавів, а також сплави на основі кобальту і хрому (наприклад, вітчизняний стоматологічний сплав металів «Керадент-1»), що застосовуються в ортопедичній стоматології для виготовлення суцільних литих конструкцій протезів зубів (Лось, 2011, 134).

Висока корозійна стійкість титану та інших сучасних металевих стоматологічних матеріалів визначається швидким утворенням на їх поверхнях пасивних оксидних плівок, міцно зв'язаних з металом основи, які виключають безпосередній контакт з корозійно-активними біосередовищами ротової порожнини (Маланчук, 2023, 105) та в процесі експлуатації взаємодіють з компонентами кісткової тканини, утворюючи стабільні комплекси (Лось, 2005, 94).

Як приклад можна навести залежності зміни анодного струму на поверхнях стоматологічних матеріалів, таких як йодидний (99,99%) титан та стоматологічна сталь у середовищах порожнини рота (рис. 1): розчинах NaCl (слина) із pH 7,5 (а) та HCl (шлунковий сік) із pH 2,0 (б).

Рис. 1 свідчить, що стоматологічний титан (криві 1), на відміну від стоматологічної сталі (криві 2), володіє досить протяжною ділянкою пасивності, яка існує завдяки утворенню на його поверхні міцної плівки TiO_2 з високим ступенем адгезії і зводить до мінімуму корозійну активність даного матеріалу. Аналогічна ситуація виникає і за застосування сплаву «Керадент-1» (рис. 2), де від стаціонарного потенціалу до $E = 0,40$ В анодні струми відсутні.

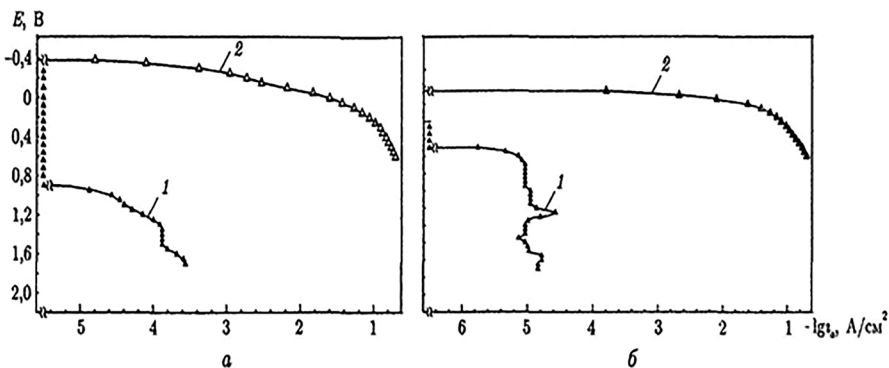


Рис. 1. Анодні поляризаційні криві титану (1) і стоматологічної сталі (2) у середовищах порожнини рота: розчинах 3% NaCl із pH 7,5 (а) та HCl із pH 2,0 (б)

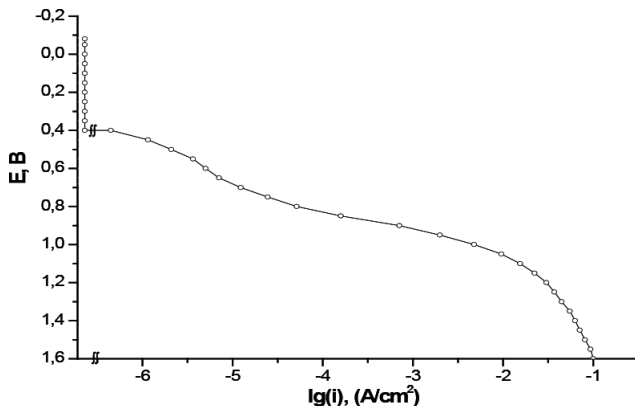


Рис. 2. Анодна поляризаційна крива окиснення у 3 % NaCl поверхні зразка сплаву «Керадент-1»

Таким чином, можна констатувати, що для успішного зубного протезування на легальних імплантатах необхідно використовувати високоякісні (без домішок, які утворюють мікрогальванічні пари) металічні стоматологічні матеріали.

НОВІТНІ ПІДХОДИ ДО ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ПОРАНЕННЯМИ У ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВУ ДІЛЯНКУ

Астапенко О.О., Коваленко В.В., Шевчук Р.І., Облап М.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

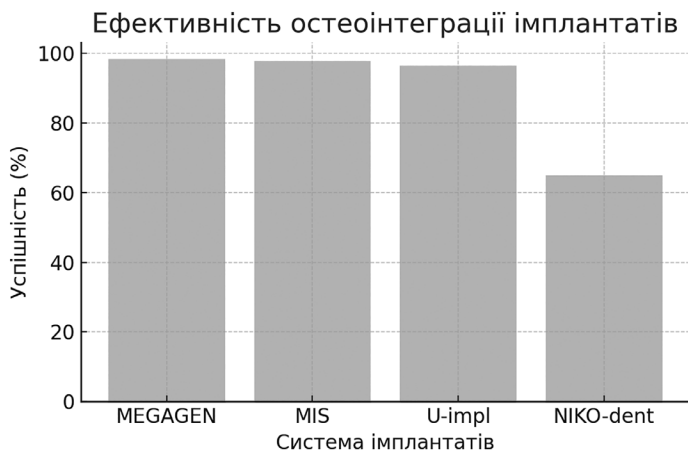
Україна, м. Київ

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Актуальність. Сучасні військові конфлікти, зокрема повномасштабне російське вторгнення в Україну, призвели до безпрецедентного зростання кількості складних щелепно-лицевих травм серед військовослужбовців та цивільного населення. За останніми даними Міністерства охорони здоров'я України, з лютого 2022 року зареєстровано понад 5 тисяч випадків важких поранень щелепно-лицевої ділянки, які потребують тривалої та багатоетапної реконструкції. Ця ситуація створила нові виклики для системи охорони здоров'я, зокрема в галузі стоматологічної реабілітації, де традиційні методи часто виявляються недостатньо ефективними.

Метою дослідження є аналіз розробок та вдосконалених існуючих методів дентальної імплантації для військовослужбовців з бойовими травмами щелепно-лицевої ділянки, спрямованих на оптимальне функціональне та естетичне відновлення з урахуванням особливостей сучасних бойових ушкоджень.

Результати. Аналіз ґрунтується на дослідженні авторами 3598 клінічних випадках імплантації у 700 військовослужбовців за період 2015–2023 рр., під час яких було використано сучасні методи діагностики (КЛКТ, 3D-планування), імплантаційні системи MEGAGEN, MIS, U-impl, а також протоколи прискореної реабілітації (All-on-4, Zygomatic імплантати).



Під час аналізу авторами було встановлено загальний рівень успішної остеоінтеграції 97,8%. Для пацієнтів з бойовими травмами ЩЛД досягнуто повного функціонального відновлення у 92% випадків. Розроблено класифікацію показань до імплантації за соціальними та клінічними параметрами. Виявлено переваги імплантатів із нанопористими покриттями, що прискорюють остеоінтеграцію на 30–40%.

Авторами доведено ефективність сучасних методів дентальної імплантації у реабілітації військовослужбовців. Запропоновано комплексний підхід, що поєднує спеціалізовані протоколи лікування, використання імплантатів із покриттями нового покоління, багаторівневу систему медичної допомоги, психологічну підтримку пацієнтів.

Аналіз дослідження відкриває шляхи для покращення результатів лікування у військовослужбовців завдяки розробці українських імплан-

татів із покриттями на основі гідроксиапатиту, створення удосконаленого національного протоколу реабілітації та впровадження стандартів НАТО у військовій стоматології.

Висновки. Проведений аналіз сучасної літератури щодо використання дентальної імплантації у військовослужбовців з пораненнями щелепно-лицевої ділянки дозволив зробити низку важливих висновків. Отримані результати свідчать про високу ефективність сучасних методів імплантації, яка досягає 97,8% успішності, що є показником, порівняним з провідними світовими клініками. Найкращі результати були зафіксовані при використанні імплантаційних систем MEGAGEN корейського виробництва, ізраїльських MIS та швейцарсько-українських U-impl, що підтверджує важливість якості матеріалів та технологій у досягненні успішних результатів.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПАРАМЕТРІВ ПЕРИІМПЛАНТНИХ ТКАНИН ЯК ПРЕДИКТОРІВ УСПІШНОСТІ ІМПЛАНТАЦІЇ

Астапенко О.О., Свінціцький А.В.

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

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Заміщення втрачених зубів за допомогою дентальних імплантатів є ефективною методикою, що довела свою надійність за останні десятиліття з моменту виявлення феномену остеоінтеграції шведським хірургом-ортопедом Пером-Інгварем Бранемарком у 1952 році. Великого значення при плануванні дентальної імплантації набувають кісткові параметри щелеп: такі як висота, ширина, щільність кісткового масиву, а також об'єм прикріплених кератинізованих ясен.

При скомп'ютованих умовах для імплантації показане застосування кістково-пластичних методик для досягнення збільшення об'єму, зміни форми альвеолярного відростка, ізолювання імплантатів від безпосереднього прилягання до анатомічних утворень верхньої та нижньої щелеп. Завдяки цим технікам досягається покращення остеоінтеграції, створюються умови для більш оптимального розташування імплантатів, збільшення прогнозу їх виживаності, забезпечення оптимального співвідношення імплантат/коронка (implant-to-crown ratio).

Проте, окрім кісткової пластики, важливою умовою для досягнення довгострокового та стабільного результату є проведення втручань, спрямованих на збільшення об'єму та створення зони нерухомих кераматинізованих ясен навколо імплантатів.

Це сприяє зниженню втрати маргінальної пришийкової кістки періімплантної зони, що зазвичай резорбується на 1–1,5 мм протягом першого року після дентальної імплантації.

У науковій літературі були описані серії випадків, зокрема в галузі хірургічної пародонтології, про виникнення феномену «повзучого прикріплення» (eng. «creeping attachment») при закритті рецесій на зубах та імплантатах. Це явище являє собою ріст сполучнотканиного трансплантату із зони піднебіння або бугра верхньої щелепи пацієнта у декілька разів в перше півріччя після втручання. Докладні механізми та біологічні процеси, що перебігають під час цього, не були досліджені з належним чином доказовості.

Група клініцистів відмічала відносну щільність періімплантних тканин при виникненні «повзучого прикріплення» та утворення стійкої нерухокої кераматинізованої слизової, що не втрачає своїх якостей з часом.

Кістково-пластичні методики вимагають створення додаткового оперативного доступу для забору кісткового графту, що ускладнює післяопераційне відновлення пацієнтів та загрожує виникненням побічних післяопераційних ускладнень. Навпаки, використання кістково-пластичних замінників різного походження здорожчує вартість операції та потребує закупівлі бар'єрних мембран та інших комплектуючих.

Логічним чином виникає питання про можливість застосування феномену «creeping attachment» у випадках атрофії альвеолярного гребеня без застосування кістково-пластичних методик.

Висновки. 1. Питання вибору реконструктивної техніки альвеолярного гребеня залежно від виду дефекту та локалізації потребує подальшого вивчення. 2. Існує необхідність провести порівняльні дослідження результатів кісткових та м'якотканинних методик альвеолярного гребеня щелеп. 3. Варто розробити науково обґрунтовані рекомендації щодо застосування різних методик відновлення форми альвеолярного гребеня під конкретні клінічні випадки, використовуючи наявні класифікації дефектів альвеолярного гребеня щелеп.

ПОКРАЩЕННЯ ТРОФІКИ ТКАНИН ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ДІЛЯНКИ В ДІЛЯНЦІ ІМПЛАНТАЦІЇ

Передков К.Я., Макієвський Б.А., Передкова Т.К.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

Україна, Київ

Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології

Тема дослідження обумовлена підвищеними естетично-практичними вимогами під час експлуатації ортопедичних конструкцій на внутрішньокісткових імплантатах. Дефекти та атрофійні процеси альвеолярної кістки, складні видалення зубів, запалення тканин в ділянці майбутньої імплантації негативно впливають на подальший результат. Практично неможливо ідеально спрогнозувати кісткову атрофію навіть після аугментації або бездоганно встановленого імплантату. На допомогу в компенсуванні дефектів, які утворилися, та значного функціонального та естетичного дефіциту тканин з'явилися методики м'якотканинних формувань. Їх цілеспрямована прогнозована та направлена дія змінила уявлення про постопераційні ускладнення.

Загалом ці методики відображають в собі наступні особливості: індивідуальність анатомії, нетиповість ситуації, адаптивні реабілітаційні вимоги. З розвитком сучасних технологій змінились і сучасні погляди на прогнози в області м'якотканинних формувань. Тепер кожна методика може мати декілька варіантів виконання в залежності від поставлених задач.

З імплантацією пов'язана і така проблема, як розвиток ускладнень, від яких залежить доля кінцевого завдання – успішної імплантації та протезування. За даними літератури ускладнення, що приводять до відторгнення імплантату, зустрічаються в 3–10 % випадків.

Як відомо, дентальна імплантація обумовлена хірургічним втручанням у порожнині рота і відноситься до реконструктивних операцій. Можливі ускладнення слід розділити на 2 групи: 1) ранні ускладнення, що виникають у післяопераційний період відразу після установки імплантату; 2) відстрочені ускладнення, виникаючі вже після установки протезу.

Післяопераційні ускладнення можуть бути наслідком недостатньої діагностики та планування втручання, неврахування протипоказань до операції, порушення протоколу проведення операції та недотримання пацієнтом рекомендацій в післяопераційний період.

Визначено, що найбільш поширеними причинами периімплантатної патології в післяопераційному періоді є мікробна флора та механічне перенавантаження імплантату.

Наявність мукогінгівального кільця не менш, ніж 1 см навколо імплантату є захисним фактором для запобігання виникненню та прогресуванню ускладнень, при товстому фенотипі ясен втрата кістки менша ніж при тонкому.

Ці фактори підтверджують важливість мукогінгівальних хірургічних заходів у ділянці імплантації. Коригування рецесії м'яких тканин складно як для лікарів, так і для пацієнтів. Ця складність полягає не тільки в труднощах вибору конкретного хірургічного методу, але й в непрогнозованості результату, навіть за наявності науково-обґрунтованих рішень. При застосовуванні різних методик, потрібно врахувати пародонтальні прогностичні фактори, визначені для таких видів процедур, як етіологічний контроль, морфологія рецесії, товщина тканин, положення імплантату і характеристика його поверхні.

До цих факторів слід додати структурні відмінності меж периімплантатними м'якими тканинами. Найімовірніше, що менша васкуляризація, менша кількість фібробластів, а також велика концентрація волокон колагену впливають на репаративну здатність тканин. Використання неагресивних хірургічних методик таких як мікрохірургічні процедури, що мінімізують травму тканин, є особливо важливими.

В процесі досліджень клінічних ситуацій, описаних вище, нами запропоновано застосування наступного алгоритму дій для профілактики та лікування вказаних патологій.

1. Приладом реограф вимірюються показники провідності тканини в обраній нами ділянці.

2. Після цього фіксується інтраоральним сканером об'єм та параметри слизової оболонки в обраній ділянці обстеження.

3. При наявності показань проводимо розрахунок майбутньої дії імпульсу на обрану ділянку, потужність та кількість процедур.

4. В подальшому робимо курс фізіопроцедур (електрофорез, депофорез, фонофорез) із застосуванням складного органо-мінерального комплексу, який являється поліелектролітом (витяжка з грязі Куяльник).

5. Проводимо моніторинг змін в показниках індивідуального імпедансу та змін в об'ємі слизової оболонки.

Наші спостереження кінцевого результату при запропонованій методиці вказують на покращення проникності клітинної стінки, покращення мікроциркуляторного русла в кровоносних і лімфатичних судинах у ділянці дії імпульсних токів. В порівнянні зі звичайним станом, це дозволяє зменшити рецесію ясен і м'яких тканин у післяопераційній ділянці, покращує проблему з трофікою в ділянці рецесії.

Таким чином, використання даної методики є покращений кінцевий клінічний результат із збалансованими естетично-функціональними показниками в ділянці імплантації.

ПЕРСОНАЛІЗОВАНИЙ ПІДХІД ДО ОДНОМОМЕНТНОЇ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

*Якименко Р.О.¹, Лобур М.О.², Луценко А.О.², Литовченко Н.М.²
 ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»,
 Україна, Київ
 Кафедра стоматології¹
 Національний медичний університет імені О.О. Богомольця²,
 Україна, Київ
 Кафедра хірургічної стоматології ННІ стоматології*

Метою цього дослідження було визначити вплив індивідуальних морфометричних параметрів щелепно-лицевої ділянки та даних комп'ютерної томографії (КТ) для вибору хірургічного протоколу, щоб спрогнозувати результат одномоментної дентальної імплантації з одночасною регенерацією твердих і м'яких тканин.

Проаналізовано клінічний випадок встановлення двох імплантатів у ділянці 35–36 зубів у пацієнта віком 35 років. Ці зуби було атравматично видалено 3 місяці тому. Передопераційне планування базувалося на КТ-аналізі, морфометричній оцінці анатомічної мінливості нижньої щелепи (за методикою Якименка Р.О., Вовка О.Ю., Онашко Ю.М.) та оцінці стану м'яких тканин. Хірургічний протокол включав одномоментне встановлення формувачів ясен, горизонтальну направлену кісткову регенерацію (НРТ) із двохаровою стабілізацією мембрани та сполучнотканинну аугментацію.

Точне КТ-планування дозволило уникнути ушкодження нижньо-альвеолярного нерву та правильно обрати вектор остеотомії. Застосування морфометричних даних забезпечило персоналізований вибір розмірів імплантатів і збільшення об'єму кісткової тканини. Через 4 мі-

сяці зафіксовано стабільну остеоінтеграцію ($ISQ > 70$), достатній об'єм регенованої кістки та збільшення зони кератинізованої слизової, відсутність інфекційних ускладнень, мембранної експозиції та перимукозиту, готовність до ортопедичного етапу протезування у заплановані терміни.

Отже, морфометричний аналіз анатомічної мінливості нижньої щелепи у поєднанні з КТ-даними є необхідною передумовою безпечного та ефективного виконання одномоментної імплантації з НРТ. Представлений протокол демонструє, що персоналізований підхід до планування суттєво знижує хірургічний ризик, покращує прогноз остеоінтеграції та забезпечує стабільний м'якотканинний профіль навколо імплантатів у бічному відділі нижньої щелепи.



VI. ПИТАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

ЗАСТОСУВАННЯ БАКТЕРІОФАГІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТА КОРЕКЦІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Тимохіна Т.О.¹, Кривцова М.В.²

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця¹,
Україна, Київ*

*Кафедра терапевтичної стоматології та пародонтології
Ужгородський національний університет², Україна, Ужгород*

Актуальність. Із зростаючою клінічною проблемою антибіотикорезистентності фаготерапія інфекційних захворювань є перспективним підходом для лікування інфекційної стоматологічної патології. Опосередковано фаготерапія впливає на зниження дози антибіотиків і запобіганню антибіотикорезистентності. Бактеріофаги вибірково інфікують бактеріальні клітини біоплівки зубного нальоту, що є перспективною терапевтичною стратегією лікування захворювань тканин пародонта.

Мета дослідження. Дослідити чутливість ізолятів, виділених із ротової порожнини людей із захворюваннями тканин пародонта та патології щелепно-лицьової ділянки до бактеріофагів.

Матеріали та методи. Для проведення досліджень були використані клінічні ізоляти: *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Pseudomonas* spp., *Staphylococcus aureus*. Чутливість мікроорганізмів до бактеріофагів визначали шляхом нанесення 0,01 мл культури бактеріофага на культуру бактерій. Із 24-годинної культури мікроорганізмів готували суспензію (інокулюм) у стерильному фізіологічному розчині. Інокулюм висівали на поверхню агару Мюллер Хінтон. Облік результатів проводили через 24 год. після інкубації у термостаті (37°C).

Результати. Дослідження чутливості культур бактерій, ізольованих у хворих із захворюваннями тканин пародонта та щелепно-лицьовою патологією показало, що найвищий рівень чутливих ізолятів був характерний для *Staphylococcus aureus* – 73,3%. Найнижчий відсоток чутливості до бактеріофагу проявляли бактерії роду *Klebsiella* spp., становить 40%. Водночас 20,0% інгібували ріст досліджуваних клінічних культур.

Із досліджених ізолятів *Escherichia coli* чутливість до бактеріофагів проявляли 50,0%. Дослідження чутливості до бактеріофагу клінічних ізолятів *Pseudomonas aeruginosa* показали, що їхня фагочутливість становить 63,3%. Слід відмітити, що серед бактерій видів *Pseudomonas aeruginosa* та *Klebsiella pneumoniae* більшість ізолятів була поліантибіотикорезистентною. За таких умов використання бактеріофагу може бути єдиною альтернативою санації ротової порожнини та зниження рівня антибіотикорезистентного мікроорганізму. Виявлені закономірності штамоспецифічної чутливості ізолятів умовно патогенних бактерій до антибіотиків вказують на те, що досліджені бактеріофаги можна використовувати замість антимікробної терапії або як доповнення до антибіотикотерапії.

Висновки. Відсоток чутливості ізолятів до фагів, що був виявлений в дослідженнях, свідчить про можливість застосування фаготерапії в алгоритмах лікування захворювань тканин пародонта, а також при одночасному перебігу щелепно-лицевої патології. Визначено штамоспецифічну чутливість до бактеріофагів серед ізолятів, стійких до 3-х класів антибіотиків. Бактеріофаготерапія є новим і багатообіцяючим підходом до боротьби з мультирезистентними бактеріями при основних стоматологічних захворюваннях та допомагає у збереженні балансу мікрофлори в порожнині рота.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ PERMPHIGUS VULGARIS

Печковський К.Є.¹, Несин О.Ф.¹, Печковська І.М.², Самойленко С.С.³

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця¹,
Україна, Київ

ПВНЗ «КМУ», Україна, Київ

Кафедра терапевтичної стоматології та пародонтології
ННІ стоматології

Кафедра ортопедичної стоматології і ортодонтії²,
НУОЗУ імені П.Л. Шупика³, Україна, Київ

Кафедра оториноларингології, дитячої оториноларингології
та сурдології

Pemphigus vulgaris (PV) – пухирчатка (МКХ-10: L10.0) [1] є орфаним автоімунним бульозним захворюванням, що часто дебютує на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) [2]. Постійний дискомфорт, ерозивні ураження та біль призводять до зниження фізичного та психоемо-

ційного благополуччя, обмеження соціальної активності та професійної продуктивності [3]. Об'єктивна оцінка якості життя дозволяє кількісно зафіксувати тягар захворювання та своєчасно коригувати діагностичні й терапевтичні стратегії [4].

Мета дослідження. Оцінити вплив проявів PV на СОПР щодо якості життя пацієнтів та визначити практичну цінність застосування стандартизованих опитувальників SF-36v2 та DLQI для об'єктивізації цього впливу.

Методи та матеріали. У дослідження включено 42 пацієнти з клінічним діагнозом PV, які зверталися до стоматологічного медичного центру НМУ ім. О.О. Богомольця протягом 8 років. Для оцінки якості життя застосовували два валідовані інструменти: SF-36v2 (36 запитань, 8 доменів здоров'я, шкала 0-100) та DLQI (10 запитань, шкала 0-30).

SF-36v2 охоплює вісім доменів: фізичне функціонування, рольове функціонування через фізичний стан, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, рольове функціонування через емоційний стан та психічне здоров'я. Відповіді пацієнтів перетворюються у числові значення від 0 до 100, де вищий бал відповідає кращому стану здоров'я. Для кожного домену обчислюється середнє значення, після чого формуються інтегральні показники Physical Component Summary (PCS) та Mental Component Summary (MCS), що узагальнюють фізичні та психоемоційні аспекти відповідно.

DLQI складається з 10 запитань, які оцінюють симптоми, щоденну діяльність, соціальні та особисті контакти, роботу/навчання, відпочинок та лікування. Кожна відповідь оцінюється від 0 («зовсім ні») до 30 («дуже сильно»). Сума балів формує загальний показник від 0 до 30, де вищий бал означає більший негативний вплив на якість життя. Інтерпретація проста: 0–1 бал – відсутність впливу, 2–5 – невеликий, 6–10 – помірний, 11–20 – значний, 21–30 – дуже сильний вплив.

Результати. Середній показник DLQI становив $13,4 \pm 3,2$ бали, що відповідає значному негативному впливу на повсякденне життя. Найбільше зниження відзначалося у сферах «емоційне функціонування», «соціальна активність» та «біль». Пацієнти з ізольованим ураженням СОПР мали нижчі показники DLQI ($12,1 \pm 2,8$), ніж пацієнти з ураженням СОПР і шкіри ($16,8 \pm 3,1$; $p < 0,05$). Виявлено позитивну кореляцію між тривалістю діагностичної затримки та рівнем DLQI ($\rho = 0,62$; $p < 0,01$): чим довше пацієнт залишався без остаточного діагнозу, тим більше погіршувалася якість життя.

За результатами SF-36v2 найбільше зниження показників спостерігалося у доменах «емоційне функціонування», «соціальна активність» та «біль», що узгоджується з даними DLQI. Пацієнти повідомляли про обмеження фізичного функціонування, зниження працездатності та труднощі у соціальних контактах. Комплексний аналіз за шкалами SF-36v2 показав, що негативний вплив PV охоплює як фізичні, так і психоемоційні аспекти життя з вираженим зниженням інтегральних показників Physical Component Summary (PCS) та Mental Component Summary (MCS).

Психоемоційні та соціальні наслідки. Пацієнти повідомляли про звуження соціальних контактів та труднощі у здійсненні професійної діяльності. Постійний дискомфорт та обмеження харчування сприяли емоційному та фізичному виснаженню. Високі показники DLQI та зниження показників за шкалами SF-36v2 підтверджують значний негативний вплив PV на соціальну адаптацію та психоемоційний стан пацієнтів.

Практичне значення. Використання опитувальників SF-36v2 та DLQI у хворих на PV дає змогу виявити та комплексно оцінити вплив проявів захворювання на повсякденне життя, фізичні й психоемоційні аспекти здоров'я та моніторити зміни якості життя в процесі подальшого лікування та спостереження.

Висновки.

1. PV уражає СОПР та шкіру, що призводить до значного зниження якості життя пацієнтів – від фізичного дискомфорту до психоемоційного виснаження та соціальної дезадаптації.

2. Середній показник DLQI ($13,4 \pm 3,2$ бали) свідчить про істотний негативний вплив на повсякденне життя; пацієнти з генералізованими формами мали гірші результати, ніж при ізолюваних ураженнях СОПР.

3. За даними SF-36v2 найбільше погіршення визначалося у сферах «емоційне функціонування», «соціальна активність» та «біль», що узгоджується з результатами DLQI.

4. Поєднане застосування SF-36v2 та DLQI об'єктивізує багатовимірну картину тягаря PV та дозволяє кількісно оцінити фізичні та психоемоційні складові стану пацієнтів.

Література

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем зі здоров'ям. 10-й перегляд (МКХ-10). Женева: WHO; 2019. Доступно за посиланням: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/L10.0>

2. Buonavoglia A, Leone P, Dammacco R, Di Lernia G, Petruzzi M, Bonamonte D, et al. Pemphigus and mucous membrane pemphigoid: An update from diagnosis to therapy. *Autoimmun Rev.* 2019;18(4):349–358. doi:10.1016/j.autrev.2019.02.005

3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Несин О.Ф. та ін. Хвороби слизової оболонки порожнини рота. Одеса: Видавництво Print House, 2015. 328 с.

4. Литвинов В.А. Особливості якості життя у хворих на акантолітичну пухирчатку згідно результатів аналізу опитувальників SF-36v2 та дерматологічного індексу якості життя на фоні глюкокортикоїдної терапії. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2021; 6(6):123–130.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПУХИРЧАТКИ З ПРОЯВАМИ ІНШИХ ПАТОЛОГІЙ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА

Несин О.Ф.¹, Печковський К.Є.¹, Тімохіна Т.О.¹, Самойленко С.С.²

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

*Кафедра терапевтичної стоматології та пародонтології
ННІ стоматології*

НУОЗУ імені П.Л. Шупика, Україна, Київ

*Кафедра оториноларингології, дитячої оториноларингології
та сурдології²*

Пухирчатка (Pemphigus vulgaris – PV) – тяжке аутоімунне захворювання, що часто дебютує на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) і верхніх дихальних шляхів. Первинні прояви PV часто маскуються під більш поширені патології (поліморфна ексудативна еритема, герпес, кандидоз тощо), що ускладнює своєчасну діагностику. Лікарі первинної ланки, стоматологи та отоларингологи регулярно стикаються з ерозивно-виразковими ураженнями СОПР, проте без чіткої диференціації існує ризик пропустити PV або встановити хибний діагноз.

Мета дослідження. Визначити діагностичні критерії, що дозволяють відрізнити PV від інших патологій СОПР та показати практичну цінність використання діагностичного комплексу: клінічні ознаки, симптом Нікольського, цитологічні дані, серологічні дослідження.

Основні положення 1. Клінічні прояви PV на СОПР: малоболісні повільно прогресуючі ерозії, що не гояться самостійно, з ареактивною слизовою навколо. 2. *Симптом Нікольського:* позитивний при PV, негативний при інших патологіях; іноді може бути сумнівним при бульозному пемфігоїді. 3. *Цитологічні дослідження:* акантолітичні клітини – ключовий маркер PV; при інших ураженнях СОПР – неспецифічні запальні зміни, гіперкератоз, гриби, багатоядерні клітини герпесу тощо. 4. *Серологічні дослідження:* PV характеризується антитілами до десмоглеїну 3

(Anti Dsg3) та іноді до десмоглеїну 1 (Anti Dsg1); при бульозному пемфігоїді – антитіла до BP180 та BP230; при інших патологіях специфічні антитіла відсутні. 5. *Перебіг PV* без лікування повільно прогресуючий, тоді як перебіг інших захворювань може бути гострим, хронічним чи рецидивним.

Практичний інструмент. З метою полегшення диференційної діагностики PV з іншими патологіями СОПР, пропонуємо таблицю, яка може слугувати орієнтиром для лікарів первинної ланки, стоматологів та отоларингологів.

Диференційна діагностика PV з іншими патологіями СОПР

Патологія	Клінічні прояви	Цитологічні дослідження	Особливості перебігу
1	2	3	4
<i>Pemphigus vulgaris</i>	Пухирі, що швидко розкриваються, малоболісні ерозії, оточені ареактивною СОПР	Акантолітичні клітини	Злоякісно прогресуючий без адекватного лікування, можливі прояви на шкірі та інших слизових
Поліморфна ексудативна еритема	Гострий початок, поліморфний висип на СОПР (еритематозні плями, пухирі, ерозії, кров'янисті кірки на губах), «кокарди» на шкірі	Неспецифічні запально-деструктивні зміни, еозинофілія	Гострий перебіг, асоційований з інфекціями чи медикаментами, біль у ділянках ураження; загальні зрушення (температура, слабкість); термін перебігу 1–2 тижні
Герпес (HSV інфекція)	Пухирці 2–3 мм, поодинокі чи згруповані, що швидко розкриваються, утворюючи болючі поліциклічні ерозії з вінчиком гіперемії навколо	Гігантські багатоядерні клітини	Гострий перебіг, біль у ділянках ураження, можливі загальні симптоми (температура, слабкість); термін перебігу 1–2 тижні
Кандидоз	Білий наліт, що знімається, оголюючи еритематозну поверхню; печіння	Мицелій чи клітини гриба, що діляться	Часто асоційований з прийомом антибіотиків чи імунodefіцитом

Продовження таблиці

1	2	3	4
Червоний плескатий лишай, бульозна форма	Білі сітчасті візерунки, пухир чи ерозія на фоні цих візерунків	Зроговілі клітини епітелію (гіперкератоз і паракератоз); відсутні акантолітичні клітини	Хронічний, може асоціюватися з вірусним гепатитом С, цукровим діабетом, аутоімунним тиреоїдитом та іншими аутоімунними станами
Бульозний пемфігоїд	Великі пухирі на шкірі, рідко і мало на СОПР	Відсутні акантолітичні клітини	Частіше у літніх людей, перебіг повільний

Симптом Нікольського. При РV симптом Нікольського зазвичай позитивний: при легкому механічному впливі епітелій відшаровується, утворюючи пухир чи ерозію; при інших патологіях СОПР (поліморфна ексудативна еритема, хронічний рецидивний герпес, кандидоз, бульозна форма червоного плескатоного лишаю тощо) він – негативний.

Серологічні дослідження дозволяють підтвердити діагноз та відрізнити РV від інших патологій. При РV – виявляються антитіла до десмоглеїну 3 (Anti Dsg3) та іноді до десмоглеїну 1 (Anti Dsg1); для бульозного пемфігоїду характерні антитіла до BP180 та BP230; при інших захворюваннях СОПР специфічні антитіла відсутні.

Висновки:

1. РV слід запідозрити при множинних, повільно прогресуючих ерозіях СОПР, що не гояться.

2. Цитологічне підтвердження РV наявністю акантолітичних клітин є основним при первинній діагностиці.

3. Серологічні дослідження (Anti Dsg3, Anti Dsg1) забезпечують високу специфічність діагностики, особливо на етапі затримки виявлення клітин Тцанка.

4. Використання стандартизованої таблиці диференційної діагностики та алгоритму «клініка → симптом Нікольського → цитологія → серологія» дозволяє своєчасно запідозрити РV і направити пацієнта до дерматолога на спеціалізоване лікування.

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ

Вейсман О. О., Куцта А. О., Гребенюк Д. І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (ХРАС) є частим захворюванням ротової порожнини, при якому болючі виразки слизової оболонки призводять до рецидивуючого подразнення слизової оболонки у вигляді болючих виразок. Хоча ХРАС викликаний як місцевою, так і системною етіологією, гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) може суттєво сприяти його розвитку. ГЕРХ є довготривалим захворюванням, що виникає внаслідок рефлюксу вмісту шлунка в стравохід, з печією, регургітацією, позаєзофагальними симптомами, які можуть включати печіння, виразки та запалення слизової оболонки. Існують вагомі докази того, що оральні симптоми у пацієнтів з ГЕРХ виникають часто. Наприклад, Di Fede O. та ін. повідомляють про такі прояви: еритему, ерозії, виразки та відчуття печіння у 40–50% пацієнтів [1]. Baxter Y. O. та ін. виявили відчуття печіння у 40,5% та еритему ротової порожнини у 35,1% випадків [2]. Генетичні дослідження, проведені Shu L. та Tong X., показали причинний зв'язок між ГЕРХ та виразками ротової порожнини [3]. Але це дослідження не розглядало конкретно рецидивуючий стоматит. Література про частоту стоматиту при ГЕРХ є обмеженою. Інші дослідження, включаючи Warsi та ін., кластеризують виразки з іншими проявами (ксеростомія, еритема) і не показують, що ці типи виразок є рецидивуючими [4]. Патогенез ХРАС у пацієнтів з ГЕРХ пов'язаний з численними механізмами: прямий контакт з кислотними компонентами призводить до хімічного пошкодження слизової оболонки, ерозій та виразок [2, 3, 4]. Зміни викликані фізіологією ротової порожнини (зменшена буферна здатність та слиновиділення), що спричиняє подовжений кислотний ефект з повільнішою регенерацією [5]. Мікробний дисбіоз та збільшення *Candida spp.* та *Streptococcus spp.* загострює запалення [6]. Ці системні фактори є хронічним запаленням з підвищеним рівнем IL-6 та TNF- α [7], дефіцитом заліза або вітаміну B12 внаслідок дефектів абсорбції [8], що підвищує вразливість слизової оболонки до виразок. Поліетіологія ХРАС, висока частота патології та недостатня відповідь на консервативну терапію призвели до пошуку нових терапевтичних

варіантів, таких як біологічна стимуляція відновлення дефектів слизової оболонки. Однією з можливих перспективних стратегій є PRP, яка була успішною для інших стоматологічних станів [9, 10]. Паралельно із локальною стимуляцією доцільним є корекція ГЕРХ.

Метою дослідження було оцінити ефективність локальної біологічної стимуляції та медикаментозної терапії гастро-езофагеального рефлюксу у пацієнтів із ХРАС на фоні ГЕРХ.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 30 пацієнтів з ХРАС на фоні ГЕРХ. Пацієнти були розподілені на дві рівні групи. Пацієнти з контрольної групи отримували консервативне лікування ХРАС, включаючи санацію та професійну гігієну ротової порожнини з місцевим лікуванням антисептичними препаратами. У дослідній групі консервативна терапія була доповнена локальним введенням PRP та медикаментозною терапією гастро-езофагеального рефлюксу. Результати лікування оцінювалися на 1, 3, 5 та 7 день на основі процесів загоєння виразкових дефектів та рівня больових відчуттів за допомогою візуально-аналоговою шкалою (ВАШ).

Результати. При порівнянні базових характеристик з початку лікування в групах всі змінні не сильно відрізнялися, включаючи розподіл за віком, статтю та частоту рецидивів ХРАС на рік. Найбільш рецидивуючим проявом стоматиту у всіх пацієнтів було від 1 до 8 епізодів на рік. Усі пацієнти обох груп відчували біль після натискання на місце дефекту. Динаміка в обох групах характеризувалася найвищою інтенсивністю больового синдрому на 1 добу дослідження із поступовим зниженням больових відчуттів.

Проте зменшення больового синдрому в досліджуваній групі відбулося швидше, що підтверджувалося збільшенням достовірності відмінностей між групами на кожному наступному терміні дослідження. Показники площі дефекту слизової оболонки на 1 день становили $46,21 \pm 13,05$ мм² для контрольної групи та $46,21 \pm 12,37$ мм² для досліджуваної групи на основі отриманих даних. До 7 дня показники площі зменшилися в обох групах до $14,31 \pm 2,31$ мм² та $3,35 \pm 1,02$ мм² відповідно. У всіх пацієнтів площа дефекту чітко зменшувалася з часом, з суттєвими відмінностями між обома групами. Проте досліджувана група показала значно кращі результати, ніж контрольна група.

Висновки. Застосування місцевого PRP для лікування ХРАС у пацієнтів з ГЕРХ показало набагато швидше загоєння дефектів слизової оболонки та низьку інтенсивність больового синдрому.

Література

1. Di Fede, O., Di Liberto, C., Occhipinti, G., Vigneri, S., Lo Russo, L., Fedele, S., Lo Muzio, L., & Campisi, G. (2008). Oral manifestations in patients with gastro-oesophageal reflux disease: a single-center case-control study. *Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*, 37(6), 336–340. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2008.00646.x>
2. Baxter, Y. O., Almaguer, C. J. L., Núñez, M. O., & Padrón, E. R. (2020). Alteraciones bucales asociadas a la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Revista Cubana De Estomatología*, 57(2), e1775. <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v57n2/1561-297X-est-57-02-e1775.pdf>
3. Shu, L., & Tong, X. (2022). Exploring the causal relationship between gastroesophageal reflux and oral lesions: A mendelian randomization study. *Frontiers in genetics*, 13, 1046989. <https://doi.org/10.3389/fgene.2022.1046989>
4. Warsi, I., Ahmed, J., Younus, A., Rasheed, A., Akhtar, T. S., Ain, Q. U., & Khurshid, Z. (2019). Risk factors associated with oral manifestations and oral health impact of gastro-oesophageal reflux disease: a multicentre, cross-sectional study in Pakistan. *BMJ open*, 9(3), e021458. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021458>
5. Filipi, K., Halackova, Z., & Filipi, V. (2011). Oral health status, salivary factors and microbial analysis in patients with active gastro-oesophageal reflux disease. *International dental journal*, 61(4), 231–237. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2011.00063.x>
6. Kerzyk, O. P., & Rozhko, M. M. (2022). Status of oral mucosa microbiotope in patients with gastroesophageal reflux disease. *Actual Problems of the Modern Medicine: Bulletin of Ukrainian Medical Stomatological Academy*, 22(1), 85–88. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.22.1.85>
7. Simunović-Soskić, M., Pezelj-Ribarić, S., Brumini, G., Glazar, I., Grzić, R., & Miletić, I. (2010). Salivary levels of TNF-alpha and IL-6 in patients with denture stomatitis before and after laser phototherapy. *Photomedicine and laser surgery*, 28(2), 189–193. <https://doi.org/10.1089/pho.2008.2420>
8. Gomes, C. C., Gomez, R. S., Zina, L. G., & Amaral, F. R. (2016). Recurrent aphthous stomatitis and *Helicobacter pylori*. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 21(2), e187–e191. <https://doi.org/10.4317/medoral.20872>
9. Xu, J., Gou, L., Zhang, P., Li, H., & Qiu, S. (2020). Platelet-rich plasma and regenerative dentistry. *Australian dental journal*, 65(2), 131–142. <https://doi.org/10.1111/adj.12754>
10. Egierska, D., Perszke, M., Mazur, M., & Duś-Ilnicka, I. (2023). Platelet-rich plasma and platelet-rich fibrin in oral surgery: A narrative review. *Dental and medical problems*, 60(1), 177–186. <https://doi.org/10.17219/dmp/147298>



ВІІ. ПИТАННЯ ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

СТОМАТОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА У МЕЖАХ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ВЕДЕННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ, УСКЛАДНЕНИМИ АНАТОМО-ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЯЗИКА

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

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

Актуальність. Розповсюдженість зубощелепних деформацій серед населення України є досить високою, згідно з результатами власних досліджень та інформації у наукових джерелах сягає до 90%. Одним із чинників, що обумовлюють їх розвиток, призводячи до структурних та функціональних відхилень зубощелепного апарату, є анатомо-функціональні порушення язика синдромального або несиндромального походження. Водночас суттєвими чинниками ризику розвитку карієсу та тканин пародонту є недостатня якість гігієнічного догляду.

Мета дослідження. Виявити проблеми гігієнічного догляду за порожниною рота дітей із зубощелепними деформаціями, ускладненими анатомо-функціональними порушеннями язика та визначити шляхи їх вирішення.

Матеріали та методи. На підставі проведеного діагностичного скринінгу дітей із зубощелепними деформаціями, ускладненими анатомо-функціональними порушеннями язика (n=88), встановили напрямки впливу та фактори, що потрібно враховувати при проведенні профілактики захворювань твердих тканин зубів та пародонту.

Результати. Стоматологічна профілактика у дітей з анатомо-функціональними порушеннями язика в першу чергу залежить від походження основного захворювання, а саме синдромального чи несиндромального. Профілактичні заходи мають бути спрямовані на тверді тканини зубів та тканини пародонту. При цьому слід враховувати низку факторів, а саме: рівень співпраці пацієнта та лікаря (контактність, вербальну

комунікацію), неврологічний статус (спроможність самообслуговування дитини без залучення батьків або лише з їх контролем), рівень обізнаності стосовно стоматологічної профілактики, а також анатомічні індивідуальні особливості порожнини рота, враховуючи умови виконання індивідуальної гігієни за наявної ортодонтичної патології та ортодонтичних конструкцій в порожнині рота.

Гігієнічний менеджмент в першу чергу слід спрямовувати на мотивацію пацієнтів (їх батьків) до покращення стану догляду за порожниною рота. Психологічна підготовка є обов'язковою умовою якісного дотримання гігієнічних норм. Санітарно-просвітницька робота має базуватись на візуалізації методів чищення та застосуванні спеціальних засобів чищення та контролю засвоєння навичок, незважаючи на ускладнений доступ, особливо до лінгвальної поверхні зубів.

Діти отримують інформацію про правила догляду за зубами переважно від батьків, стоматологів, в меншій мірі від вихователів та вчителів. Лікарю при навчанні правилам чищення зубів потрібно враховувати вікові та індивідуальні психологічні особливості.

Під час ортодонтичного лікування дітей із зубощелепними деформаціями, ускладненими анатомо-функціональними порушеннями язика, обов'язковою є систематична перевірка гігієнічного стану порожнини рота та професійна гігієна з використанням сучасних, індивідуально підібраних основних та додаткових засобів та предметів гігієни. Проаналізувати істинну картину гігієнічного стану можна за допомогою гігієнічних індексів, які дозволяють перевести якісну характеристику в бали (відсотки), демонструють успіхи та помилки у використанні засобів та предметів гігієни.

Доцільно використовувати наступні засоби гігієни: монопучкові щітки, двосторонні щітки, інтердентальні щітки, електричні щітки, іригатори, флосети (за умови широких проміжків між зубами актуальність використання знижується). Підходи до гігієнічного догляду передбачають індивідуальний вибір засобів гігієни разом із навчанням методам догляду. Для нівелювання та запобігання виникненню захворювань твердих тканин та пародонту необхідно дотримуватись правил персоніфікованої гігієни з використанням спеціальних засобів, проводити вчасне професійне чищення зубів та санацію з використанням фторування. Додатково, особливо при лікуванні незнімною ортодонтичною апаратурою, доцільне використання ополіскувачів відповідно до віку пацієнтів.

Усім дітям відповідно до визначеного рівня ризику розвитку карієсу доцільно призначати профілактичні заходи, а саме: раціональну гігієну

порожнини рота із застосуванням фторидвмісних зубних паст (1000 ч/млн фториду для дітей віком до 6 років, 1450 ч/млн – після 6 років, а за надзвичайно високого ризику – навіть 5000 ч/млн) і спеціальних предметів гігієни, зокрема – для догляду за ортодонтними конструкціями; періодичне (відповідно до рівня ризику) місцеве застосування фторидвмісних лаків з вмістом 5% натрію фториду; якомога більш ранню герметизацію фісур і ямок зубів; регулярну санітарну просвіту батьків і дітей, профілактику шкідливих звичок, навчання методам самостійного контролю стану порожнини рота; корекцію дієти із наголосом на контролі вживання вуглеводів; самоконтроль і регулярний контроль з боку лікаря-стоматолога терапевта (дитячого стоматолога), спрямований на корекцію профілактичної програми і раннє виявлення захворювань зубів і тканин періодонту.

Отже, профілактика захворювань твердих тканин зубів і тканин періодонту у дітей важливі від народження і особливо необхідні в процесі ортодонтного лікування з використанням знімних та незнімних ортодонтних конструкцій. Діти мають підвищений ризик розвитку карієсу зубів через низку причин, до яких належать: рання контамінація карієсогенними мікроорганізмами, а також певні особливості мікробіому порожнини рота через проникнення мікроорганізмів з верхніх дихальних шляхів; недостатнє самоочищення зубів і складність ефективного здійснення індивідуальних гігієнічних заходів через морфологічні особливості порожнини рота, наявність складних ортодонтних конструкцій; зазвичай недостатня мотивація до регулярної ретельної гігієни порожнини рота; особливості харчування (переважно вуглеводиста їжа м'якої консистенції, тривале затримання їжі в роті); прийом цукровмісних медикаментозних препаратів; наявність зубощелепних деформацій і вроджених вад зубів; зниження захисних функцій ротової рідини через зміни її складу і ротове дихання; як правило, запізнений початок профілактичних заходів і нерегулярні контрольні огляди дитячим стоматологом-терапевтом.

Висновок. Свочасна комплексна профілактика, що передбачає професійну гігієну, фтор-профілактику, ремінералізуючу терапію, регулярний контроль стану пародонту та слизової оболонки, а також формування високого рівня гігієнічної мотивації у дітей із зубощелепними деформаціями, ускладненими анатомо-функціональними порушеннями язика, є ключовою умовою зниження частоти ускладнень під час ортодонтного лікування.

ВІТАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПУЛЬПИ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ І ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ ІЗ НЕСФОРМОВАНИМИ ВЕРХІВКАМИ

*Хоменко Л.О., Біденко Н.В., Остапко О.І., Голубєва І.М.
Кафедра дитячої стоматології ННІ стоматології
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця,
Україна, Київ*

Розповсюдженим ускладненням карієсу тимчасових і постійних зубів у дітей є пульпіт. Головна мета лікування пульпіту в дітей – ліквідація запального процесу в пульпі та профілактика розвитку запалення апікального періодонту, щелепних кісток і м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Важливим завданням є забезпечення умов для подальшого розвитку коренів несформованих зубів або для їх фізіологічної резорбції в тимчасових зубах.

Сучасні підходи до лікування пульпіту в дітей передбачають щадне ставлення до пульпи задля збереження її вітальності та функціональної спроможності. Це має надзвичайно важливе значення з огляду на роль пульпи у розвитку тимчасових і постійних зубів, процесах формування коренів або їх резорбції.

Згідно з новоствореними Клінічними настановами та Стандартами лікування пульпіту тимчасових і постійних зубів у дітей, що засновані на засадах доказової медицини та затверджені МОЗ України, рекомендовано використовувати наступні методи вітальної терапії пульпи: захисний лайнер, непряме покриття пульпи, пряме покриття пульпи, вітальну пульпотомію та вітальну пульпектомію.

Захисний лайнер використовують у тимчасовому або постійному зубі з глибоким каріозним ураженням дентину і незміненою пульпою. Захисний лайнер накладають у глибоких ділянках каріозної порожнини перед постійним пломбуванням, щоб мінімізувати пошкодження пульпи, сприяти відновленню її тканини та попередженню післяопераційної чутливості. З цієї метою можуть бути використані такі біосумісні матеріали, як мінералтриоксидагрегат (МТА), трикальційсилікатний цемент або гідроксид кальцію.

Непряме покриття пульпи виконують у випадках, коли в тимчасовому або постійному зубі є глибоке каріозне ураження дентину за відсутності клінічних проявів пульпіту або наявності ознак оборотного пульпіту. Стан пульпи оцінюють за клінічними і рентгенологічними критеріями. Після препарування каріозної порожнини шар демінера-

лізованого дентину на дні каріозної порожнини покривають біосумісним матеріалом (модифікований склоіономер, гідроксид кальцію або МТА), щоб стимулювати відновлення пульпи. Зуб пломбують матеріалом з гарними адгезивними властивостями, щоб забезпечити захист від мікропідтікань.

Пряме покриття пульпи може бути застосовано у тимчасових або постійних зубах із нормальною пульпою і точковим (один міліметр або менше) оголенням пульпи в межах інтактного дентину, що може статися випадково під час препарування каріозної порожнини або внаслідок травми зуба. На оголену тканину пульпи наносять біосумісний рентгеноконтрастний матеріал (МТА або гідроксид кальцію), а зуб пломбують матеріалом з гарними адгезивними властивостями. Результатом має бути утворення репаративного дентину, що закриває перфораційний отвір.

Найбільш поширеним в клініці методом лікування пульпіту в тимчасових зубах із несформованими коренями або на етапі їх резорбції є вітальна пульпотомія. Він передбачає видалення інфікованої/травмованої частини коронкової пульпи та збереження незміненої пульпи в кореневих каналах для забезпечення формування коренів або їх резорбції. Важливими клініко-рентгенологічними критеріями для вибору методу вітальної пульпотомії в тимчасових зубах є наступні:

- глибина каріозної порожнини на оклюзійній поверхні більша, ніж 4 мм;
- апроксимальним карієсом зруйновано 2/3 маргінального гребеня; понад 50% тимчасових молярів із каріозним ураженням апроксимальної поверхні та руйнуванням маргінального гребеня, мають необоротне запалення пульпи і потребують ендодонтичного лікування;
- на рентгенограмі каріозна порожнина розташована близько до рогу пульпи (1 мм і менше) або має сполучення з порожниною зуба.

Згідно з даними доказової медицини для вітальної пульпотомії в тимчасових зубах, що мають бути збережені протягом 2-х років або більше, рекомендовано використовувати тільки МТА і формокрезол як препарати вибору.

При лікуванні пульпіту в постійних зубах із несформованими верхівками застосовують кілька різновидів вітальної пульпотомії: часткова пульпотомія, часткова пульпотомія за Свек та повна (цervікальна) пульпотомія. Часткова пульпотомія відрізняється від повної тільки обсягом коронкової пульпи, що видаляється.

Часткова пульпотомія показана для несформованих постійних зубів із незміненою пульпою або оборотним пульпітом при каріозному оголенні пульпи. Цей метод лікування дозволяє зберегти вітальність і функціональну активність кореневої пульпи, анатомічну цілісність пульпарно-періодонтального комплексу і забезпечити умови для продовження апексогенезу.

Різновидом часткової пульпотомії є пульпотомія за Свек, що показана при оголенні пульпи внаслідок травми зуба. У таких випадках тканину пульпи, оголену до чотирьох міліметрів у діаметрі, видаляють на глибину від одного до трьох міліметрів (іноді більше), щоб досягти глибше розташованого шару здорової тканини пульпи. Ділянку відкритої пульпи перекривають гідроксидом кальцію або МТА. Біосумісний матеріал накладають товщиною 1,5 міліметра. Він має закривати відкриту пульпу та навколишній дентин. Шар МТА перекривають модифікованим склоіономерним цементом світлового затвердіння. Після цього виконують герметичну реставрацію, що захищає зуб від мікропідтікань.

Повна або цервікальна вітальна пульпотомія показана у несформованих постійних зубах, де є сполучення з пульпою внаслідок каріозного процесу. Цей метод передбачає хірургічне видалення всієї коронкової частини вітальної пульпи з подальшим розміщенням біологічно сумісного матеріалу в пульповій камері та відновленням зуба. Метою даного методу є збереження вітальності кореневої пульпи, що дозволить завершити формування кореня.

Вітальну пульпотомію виконують в одне відвідування. Основними завданнями під час проведення повної пульпотомії є максимальне видалення в умовах суворої асептики та антисептики запаленої (пошкодженої) пульпи і мінімальне інфікування й травмування пульпи, що залишається в кореневих каналах. Важливим етапом вітальної пульпотомії є контроль кровотечі з пульпи під час втручання. Якщо кров має темний колір, кровотеча рясна, її неможливо зупинити впродовж 5 хвилин, це свідчить про запалення кореневої пульпи і необхідність проведення повноцінного ендодонтичного лікування, тобто пульпектомії.

Вітальна пульпектомія полягає у видаленні в умовах знеболення (загального або місцевого) усієї пульпи, що необоротно запалена або некротизована внаслідок карієсу або травми. Після видалення пульпи кореневі канали тимчасового зуба пломбують пастами, що не чинять подразнювальної дії на періодонт і здатні розсмоктуватися одночасно з коренями тимчасового зуба. Кореневі канали постійних сформованих зубів плом-

бують гутаперчею у поєднанні з силерами. У разі вітальної пульпектомії в постійних зубах із несформованими коренями лікування продовжують шляхом апексифікації.

Таким чином, вітальна терапія пульпи тимчасових і постійних зубів у дітей передбачає використання різних методів, вибір яких залежить від стану пульпи та етапу розвитку зуба. За можливості перевага надається мінімально інвазивним втручанням, що дозволяють зберегти пульпу повністю або частково задля забезпечення фізіологічних процесів формування або резорбції коренів.

РЕСТАВРАЦІЇ ЗУБІВ У ДІТЕЙ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Любарець С.Ф., Мулько Н.М.

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

*Кафедра дитячої стоматології
Zaharenko Dental Clinic, Україна, Київ*

Актуальність. В спектрі стоматологічних захворювань дітей суттєву частку становить каріозне ураження тимчасових зубів [1, 2]. Враховуючи зростаючий попит батьків на естетичний результат лікування, актуальним питанням є реставрація тимчасових зубів із застосуванням сучасних технік та пломбувальних матеріалів [3].

Мета. Проаналізувати наукові праці щодо естетичних реставрацій тимчасових зубів як підґрунтя для розробки та впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів на основі сучасних технік та пломбувальних матеріалів.

Результати дослідження. Аналіз наукових праць за 2024–2026 рр. підтверджує, що завдяки високим фізико-механічним властивостям, естетичності та кольоростійкості композити залишаються пріоритетним вибором для реставрації тимчасових зубів [4-7].

Проаналізовано якість 160 композитних реставрацій тимчасових різців верхньої щелепи у дітей віком 23–47 місяців через 1 рік (за критеріями United States Public Health Service). Автори відзначили стабільність реставрацій та задовільний естетичний результат протягом періоду спостереження [4].

Відомо, що якість композитної реставрації залежить від багатьох чинників, зокрема від наявності пор. За допомогою комп'ютерного мі-

кротомографа встановлено, що при відновленні 50 видалених інтактних тимчасових молярів композитними матеріалами різної в'язкості, а саме SDR, Tetric EvoCeram Bulk Fill, Viscalar Bulk, Cention Forte та Dyract XP (контрольна група), кількість пор варіювала від 0,19 % до 0,62 %. Значно менша кількість пор спостерігалася при використанні більш текучих матеріалів ($p < 0,05$) [5].

Дані літературних джерел, опрацьовані дослідниками із залученням рандомізованих клінічних досліджень за участю дітей віком 3–12 років з каріозними тимчасовими зубами, були присвячені порівнянню техніки об'ємного заповнення каріозної порожнини (Bulk Fill) та пошарової техніки. Встановлено, що обидва підходи демонструють подібні показники виживаності. При цьому техніка Bulk Fill дозволяє скоротити тривалість лікування, що є важливим критерієм у дитячій стоматології [6].

Огляд літератури та метааналіз, проведений іншими дослідниками, був акцентований на оцінці клінічної ефективності та виживаності композитних реставрацій при застосуванні техніки Bulk-fill у жувальній групі тимчасових зубів порівняно зі звичайними композитними матеріалами та склоіономерними цементами. Було опрацьовано шість рандомізованих контрольованих досліджень, що включали 1220 реставрацій у дітей віком від 3 до 10 років із періодами спостереження від 6 до 24 місяців. Показники збереження пломб були високими для всіх матеріалів, хоча у висновках науковці зазначили, що композити для об'ємного заповнення демонструють кращу клінічну ефективність та збереження порівняно зі звичайними композитами [7].

Висновки. 1. Дані літератури свідчать, що реставрація тимчасових зубів базується на поєднанні сучасних технік і пломбувальних матеріалів, а також характеризується високою клінічною ефективністю та гарною естетикою.

2. Проаналізовані дані є підґрунтям для розробки та впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів для дітей з каріозним ураженням тимчасових зубів із застосуванням сучасних матеріалів та методів реставрації.

Література

1. Годованець ОІ, Котельбан АВ, Гринкевич ЛГ, Романюк ДГ. Чинники ризику розвитку захворювань твердих тканин зубів у дітей. Сучасний стан питання. Медицина сьогодні і завтра. 2019; 4(85):111-20. <https://doi.org/10.35339/msz.2019.85.04.16>

2. Sujata T, Arati GP. Early Childhood Caries. 2023. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535349/#_NBK535349_ai
3. Waggoner WF. Restoring primary anterior teeth. *Pediatr Dent*. 2015; 37(2):163-9.
4. Fangfei Z, Guannan L, Yu A, Yuhong L. Clinical outcomes of direct resin-composite restorations in primary maxillary incisors in patients with early childhood caries: a prospective non-controlled cohort study. *BMC Oral Health*. 2025 Apr 20; 25:608. doi: 10.1186/s12903-025-05814-9
5. Ralitsa G, Krasimir H. Micro-CT assessment of internal and external void formation in class II restorations of primary molars using Bulk-Fill composites. 2025 Jun 3; 18(11):2621. doi: 10.3390/ma18112621
6. <https://www.mdpi.com/2304-6767/13/7/320>
7. Miranda SB, Lins RBE, Queiroz MF, Leal CFC, Mendonça GL, Dias TA, Montes M. Clinical performance and survival of Bulk-Fill resin composite posterior restorations in primary teeth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2026 Jan 6; 15(2):415. doi: 10.3390/jcm15020415

НЕОБХІДНІСТЬ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ГІГІЄНИЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ ПРИ ХІРУРГІЧНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ ЯК СКЛАДОВА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПОРОЖНИНІ РОТА

Артемчук А.В., Савичук О.В.

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

Актуальність. Сучасні уявлення про перебіг цукрового діабету І типу у дітей передбачають врахування системних метаболічних порушень, зокрема змін мікроциркуляції, імунної відповіді та регенераторних процесів, що впливають на стан пародонту та перебіг загоєння після стоматологічних втручань та можуть впливати на ефективність репаративних процесів.

Хірургічні стоматологічні маніпуляції супроводжуються травматизацією тканин та формуванням післяопераційної рани, що створює умови для розвитку запальних ускладнень. У дітей із цукровим діабетом І типу ці процеси можуть мати більш виражений перебіг унаслідок порушень локального гомеостазу порожнини рота.

У зв'язку з цим актуальним є пошук підходів до профілактики ускладнень, спрямованих не лише на післяопераційний догляд, але й на підготовку порожнини рота до хірургічного втручання.

Мета дослідження. Обґрунтувати необхідність індивідуального гігієнічного супроводу дітей із цукровим діабетом I типу при хірургічних стоматологічних втручаннях та запропонувати концепцію передопераційної гігієнічної підготовки як складової профілактики запальних ускладнень.

Матеріали і методи. Проведено клінічні спостереження дітей із цукровим діабетом I типу, яким проводили хірургічні стоматологічні втручання.

Оцінку гігієнічного стану порожнини рота та вираженості запальних змін у пародонті здійснювали з використанням клінічних індексів (індекс гігієни порожнини рота та індекс кровоточивості ясен).

Аналіз отриманих клінічних даних проводили з метою визначення впливу гігієнічного статусу на перебіг післяопераційного періоду.

Результати. За результатами клінічних спостережень встановлено, що у дітей із цукровим діабетом I типу гігієнічний стан порожнини рота є одним із ключових факторів, що впливають на перебіг післяопераційного загоснення.

Виявлено, що незадовільний рівень гігієни асоціюється з підвищенням вираженості запальних проявів у ділянці хірургічного втручання та тенденцією до уповільнення репаративних процесів.

Первинний аналіз клінічних даних свідчить про взаємозв'язок між показниками гігієнічних індексів та особливостями перебігу післяопераційного періоду.

Отримані результати обґрунтовують доцільність розширення профілактичних заходів у доопераційному періоді.

На основі отриманих даних запропоновано концепцію поетапного індивідуального гігієнічного супроводу, що включає:

- передопераційну гігієнічну підготовку з корекцією індивідуальних гігієнічних навичок;
- оптимізацію гігієнічного стану порожнини рота до моменту втручання;
- індивідуальний підбір засобів догляду за порожниною рота;
- післяопераційний гігієнічний супровід із урахуванням стану тканин у зоні втручання;
- динамічний контроль перебігу репаративних процесів.

Запропонований підхід спрямований на зниження частоти запальних ускладнень шляхом керованої корекції гігієнічного статусу на всіх етапах лікування.

Наукова новизна роботи полягає в обґрунтуванні доцільності поетапного індивідуального гігієнічного супроводу дітей із цукровим діабетом I типу при хірургічних стоматологічних втручаннях із включенням передопераційної гігієнічної підготовки як складової профілактики післяопераційних запальних ускладнень.

Висновки.

1. Хірургічні стоматологічні втручання у дітей із цукровим діабетом I типу асоціюються з підвищеним ризиком розвитку запальних ускладнень, що пов'язано зі станом гігієни порожнини рота.
2. Первинні клінічні спостереження свідчать про взаємозв'язок між рівнем гігієни та перебігом післяопераційного періоду.
3. Отримані дані обґрунтовують необхідність індивідуального підходу до гігієнічної підготовки пацієнтів до хірургічних втручань.
4. Індивідуальний гігієнічний супровід із урахуванням стану порожнини рота є перспективним напрямом оптимізації профілактики післяопераційних запальних ускладнень.



VIII. ПИТАННЯ НАВЧАННЯ В ЗВО

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН У СУЧАСНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Кульбашина Я.А., Скрипник І.Л.

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

Освітнє середовище у закладі вищої медичної освіти активно трансформується у відповідь на виклики нової цифрової ери у суспільстві, досягнення науково-технічного прогресу та глобалізаційні процеси. Здобувачі освіти сьогодення демонструють суттєві відмінності від представників попередніх генерацій у багатьох аспектах формування власної ідентичності і особистісних характеристик та ставленні до навколишнього світу. Варто взяти до уваги, що такі діти з дитинства перебувають у цифровому середовищі, постійно використовують сучасні гаджети, уміють проводити пошук даних, хоча не усвідомлюють важливість їх отримання з достовірних джерел і не мають досвіду визначення такої надійності [1, 2].

Грунтовний аналіз змін психотипу представників сьогоденної молоді, яка нині складає максимальну частку тих, хто навчається в університетах, провели науковці В. Штраус та Н. Хоув [3], виокремивши їх за періодом народження (початок ХХІ століття) у групу «зумерів», і описали найбільш характерні спільні поведінкові та психологічні ознаки. Серед них варто відзначити такі: 1) ігнорують судження навіть визнаних авторитетів; 2) набувають досвід, навчаючись на власних помилках; 3) вільні у прояві емоцій; 4) цінують індивідуалізм, а не роботу у команді; 5) спроможні до вирішення мультизадач, але не схильні до активної діяльності; 6) легко адаптуються до змін; 7) нову інформацію засвоюють без надмірних зусиль.

Очевидно, що урахування таких характеристик дає змогу реконструювати окремі ланки освітнього процесу як у методичному, так і психологічному контексті.

Власний педагогічний досвід викладачів ННІС НМУ імені О.О. Богомольця у багатьох аспектах підтверджує спостереження зарубіжних колег. Проте з метою оптимізації освітнього процесу виявилось доцільним провести власні дослідження для визначення характерних потреб сучасних студентів, які можна задовольнити, удосконалюючи підходи до викладання навчальних дисциплін.

У дослідженні брали участь студенти 4 курсу ННІС НМУ імені О.О. Богомольця за розробленою авторами анкетною, яка містила 10 запитань. У фокусі інтересу викладачів перебували актуальні вимоги до студентів, готових навчатися у сучасному медичному ЗВО.

Результати дослідження виявили такі тенденції:

1. Рівнем практичної підготовки задоволені 43% опитаних.

2. Психологічне дзеркало:

- абсолютно усі респонденти відзначили пріоритетність *індивідуальної* роботи, тоді як до командної схильні усього 29%;

- досвід інших для досягнення успіху враховують 43% опитаних;

- активна діяльнісна позиція та спроможність вирішення мультизадач притаманні лише 29% респондентів.

3. Оптимальним форматом сприйняття навчального матеріалу студенти вважають презентацію, лише по 14% лекцію і підручник.

4. Усі здобувачі визначили, що здатні швидко адаптуватися до трансформацій як у суспільстві, так і у освітньому процесі так само, як і швидко знаходити потрібну інформацію (без уточнення надійності джерела). При цьому проводити пошук і розуміти отриману інформацію англійською мовою виявилися готові 86%. Усі студенти вважають необхідним використовувати тільки науково обґрунтовану і доведену медичну інформацію.

5. Сприймати навчальну інформацію для 100% опитаних виявилось оптимальним у графічному форматі (рисунки, схеми, графіки і т.і.). Крім того, усі студенти висловилися за фрагментарну подачу матеріалів (microlearning).

6. Самостійну роботу вважають складним процесом і у будь-якому разі потребують допомоги викладачів – 86%.

7. Досвід роботи на симуляційних тренажерах 86% опитаних вважають необхідним і таким, що упереджує помилки у професійній діяльності, але водночас усі акцентують увагу на його недостатньому обсязі у рамках існуючої моделі навчання.

Таким чином, результати власних досліджень частково підтверджують сформовану думку науковців щодо психотипу сучасних здобувачів освіти (1-5), але водночас виявляють інші, малодосліджені, але значущі проблеми у освітньому процесі. Зокрема, це стосується важливості за-

стосування симуляційної технології та практичного аспекту професійної підготовки майбутніх магістрів стоматології загалом.

Висновки. Урахування у роботі науково-педагогічних працівників особливостей сучасного покоління здобувачів освіти як по психологічним ознакам, так і їх потребам для кращого засвоєння навчального матеріалу сприятиме розробці актуальних настанов, які викладачам важливо брати до уваги у роботі.

Важливо розуміти необхідність постійних моніторингових досліджень такого спрямування, оскільки наступна генерація за «зумерами» – «Альфа» взагалі немає іншого досвіду, окрім життя у цифровому світі.

Література

1. Биков В.Ю., Буров О.Ю. Цифрове навчальне середовище: нові технології та вимоги до здобувачів знань. Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. 2020;55:11–22. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/mitimpt_2020_55_4
2. Компетентнісний підхід у сучасній професійній підготовці майбутніх Магістрів стоматології: константи та еволюційні зміни : монографія / Я.А. Кульбашна, О.О. Астапенко, І.Л. Скрипник, М.А. Гордійчук, Т.В. Михайлик; за ред. Я.А. Кульбашної; Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки України, НМУ ім. ОО. Богомольця. Київ: Книга плюс, 2026. 210 с. <http://ir.librarynmu.com/handle/123456789/18404>
3. Straus W, Howe N. Generations: The History of America's Future, 1584 to 2069. Morrow, 1991. 538 p.

ПСИХОЛОГІЧНА ТРАНСФОРМАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ САМОСВІДОМОСТІ ЗУБНИХ ЛІКАРІВ: АНАЛІЗ ХІРУРГІЧНОЇ ФІЛОСОФІЇ М.Б. ФАБРИКАНТА НА VI ОДОНТОЛОГІЧНОМУ З'ЇЗДІ В ХАРКОВІ (1911–1912 РР.)

Рябоконь Є.М., Рябоконь Р.Є.

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
Україна, Харків*

Вступ. В історії медицини часто настають моменти, коли розвиток спеціальності гальмується не відсутністю технологій, а глибокими психологічними бар'єрами самих лікарів. На початку ХХ століття статус зуболікування був неоднозначним. Багато зубних лікарів все ще сприймали себе ремісниками або «пасинками медицини», уникаючи відповідальності за складні клінічні випадки. Їхня діяльність переважно зводилася до малої хірургії – простого видалення зубів. Саме такий пере-

ломний момент зафіксовано в матеріалах VI одонтологічного з'їзду в Харкові (1911–1912 рр.). Доповідь доктора медицини М.Б. Фабриканта на VI одонтологічному з'їзді в Харкові стала важливим фактором, що стимулював зміну професійної самосвідомості зубних лікарів і закликав їх подолати внутрішні бар'єри.

Мета. Проаналізувати вплив доповіді М.Б. Фабриканта на психологічну трансформацію та професійну ідентичність зубних лікарів при переході від амбулаторної практики до великої щелепно-лицьової хірургії.

Матеріали та методи. В основу дослідження покладено історико-психологічний контент-аналіз тексту доповіді М.Б. Фабриканта «Хірургічне втручання при захворюваннях зубного походження» та стенограм дискусій з матеріалів VI Всеросійського одонтологічного з'їзду в Харкові (1911–1912 рр.). Критеріями оцінки послужили маркери професійної ідентичності, ставлення до лікарської відповідальності та підходи до прийняття клінічних рішень.

Результати. М.Б. Фабрикант класифікував захворювання зубного походження на дві групи: віддалені наслідки (новоутворення, кісти, невралгії та ін.) і стани, де зуб виступає безпосередньою причиною (остеомієліти, глибокі флегмони ший, ангіна Людвіга та ін.).

З психологічної точки зору головним результатом його доповіді став виклик укоріненій професійній боязкості. У той час зубні лікарі страждали від професійного комплексу неповноцінності, обмежуючи свою роботу малою хірургією (видаленням зубів) і перекладаючи відповідальність за складні випадки на загальних хірургів. Цей страх виходу за межі звичної зони комфорту Фабрикант влучно назвав «шаблонним страхом». Він кинув виклик цій професійній боязкості, закликавши колег стати «повними господарями» у своїй анатомічній області. Психологічно Фабрикант вимагав від лікарів взяти на себе вищу міру відповідальності – відповідальність за життя пацієнта при таких смертельних загрозах, як ангіна Людвіга або гострий остеомієліт. Його заклик оперувати щелепи аж до повних резекцій був спрямований на злам стереотипів і формування нової, сильної професійної ідентичності хірурга-стоматолога. На доказ своєї позиції він навів 7 найтяжчих випадків поширеного остеомієліту щелепи з власної практики, а також випадки ангіни Людвіга, що потребували негайних великих розрізів для порятунку життя пацієнтів.

Однією з ідей Фабриканта була боротьба з рутиною і бездумним наслідуванням «протоколів». Він акцентував увагу на поняття «хірургічного нюху» – інтуїції, заснованої на глибокому знанні та емпатичному розумінні стану конкретного хворого.

З позицій психології прийняття лікарських рішень, висловлювання М.Б. Фабриканта про хворого: «Кожен хворий повинен бути відкритою книгою, за якою, однак, не всі щасливіці вміють читати» відображає глибоке розуміння необхідності індивідуалізації лікування та розвитку клінічної емпатії у хірурга. Він закликав бачити за діагнозом людину, індивідуалізувати кожен випадок і відчувати межу, коли необхідне радикальне втручання, а коли – вичікування. Уміння «читати» хворого вимагає від лікаря не тільки клінічних знань, але й високого рівня емоційного інтелекту.

Важливою частиною обговорення стала суперечка про тактику при гострих періодонтитах. Фабрикант акцентував увагу на психології прийняття лікарських рішень при цьому захворюванні. На протигагу старій школі, що дотримувалася вичікувальної тактики, Фабрикант переконував колег негайно видаляти зуб – причину гнійника, щоб запобігти переходу інфекції в кістковий мозок і розвитку смертельно небезпечного остеомієліту. Така проактивна позиція вимагає від хірурга колосальної внутрішньої впевненості та готовності діяти на випередження, пригнічуючи природний людський страх перед можливими ускладненнями. Він підкреслював, що при важких інфекціях саме зволікання і нерішучість лікаря можуть стати причиною загибелі хворого.

Також у філософії Фабриканта займає турбота про психологічне благополуччя пацієнта після перенесеної травми. Він наполягав на тому, що зубні лікарі повинні освоювати пластичні операції на обличчі (наприклад, усунення заячої губи та вовчої пащі). Обличчя – це основа соціальної ідентичності людини. Вроджені потворності або набуті дефекти після масивних резекцій щелепи, які Фабриканту доводилося виконувати, завдають пацієнту найтяжчої психотравми, ведуть до стигматизації та депресії.

Доповідач закликав колег відкинути «шаблонний страх» перед видаленням зуба в гострій стадії гнійного періодонтиту. Він наполягав, що зубні лікарі повинні брати на себе сміливість оперувати щелепи аж до повних резекцій, а також проводити пластичні операції (усунення заячої губи та вовчої пащі) і лікувати запальні процеси на шії.

Обговорення. Заклик Фабриканта до радикальних втручань вимагав від зубних лікарів колосальної психологічної перебудови. Основою його хірургічної філософії стала відмова від бездумного дотримання шаблонів на користь глибокої клінічної емпатії та інтуїції, яку він назвав «хірургічним нюхом». Його слова про те, що «кожен хворий повинен бути відкритою книгою», передбачають сучасні концепції пацієнт-

орієнтованої медицини, акцентуючи увагу на індивідуальних особливостях людини при прийнятті клінічних рішень.

Головний новаторський посил доповіді Мойсея Борисовича полягав у категоричній вимозі до зубних лікарів освоювати велику хірургію. Фабрикант підкреслював, що зубні лікарі не повинні обмежуватися простим видаленням зубів або розтином поверхневих гнійників. Він заявляв, що такі складні втручання, як великі резекції щелеп, пластичні операції на обличчі (усунення заячої губи та вовчої пащі), а також лікування небезпечних запальних процесів на шії, повинні знаходитися в повному віданні зубних лікарів.

Цей підхід викликав широку підтримку серед делегатів харківського з'їзду. Берлінський гість І. Грюнберг із захопленням відзначив, що в Харкові він зустрів виключно свідоме ставлення до великої хірургії порожнини рота, яка навіть у Західній Європі тільки починає завойовувати «права громадянства». Делегати, такі як Є.М. Гофунг, погодилися з необхідністю строгої індивідуалізації та диференціального діагнозу в кожному конкретному випадку, щоб подолати страх перед можливою інфекцією при видаленні «при парулісі» (гнійний періостит).

Фабрикант також торкнувся найважливішого аспекту психоемоційної реабілітації: закликаючи зубних лікарів освоювати пластичні операції на обличчі, він думав не тільки про фізичне виживання, а й про соціальне та психологічне благополуччя пацієнтів з естетичними дефектами обличчя.

Делегати одонтологічного з'їзду визначили, що відсутність практичної хірургічної підготовки в зуболікувальних школах того часу була їхньою головною бідою, і заклик Фабриканта стати «повними господарями» у своїй анатомічній області став потужним стимулом до реформи зуболікувальної освіти.

Висновки. Доповідь М.Б. Фабриканта мала значний вплив на психологічну адаптацію зубних лікарів і дантистів, дозволивши їм нівелювати укорінений «шаблонний страх» перед великою хірургією і сформувавши більш високу професійну самооцінку.

Концепція «хірургічного нюху» і сприйняття хворого як «відкритої книги» затвердили необхідність розвитку у зубних лікарів клінічної емпатії та високого рівня відповідальності за прийняття індивідуальних рішень.

Акцент на самостійне проведення великих резекцій і пластики обличчя поклав початок формуванню образу сміливого і незалежного хірурга-одонтолога, здатного враховувати як фізіологічне виживання, так і соціальне благополуччя пацієнта.

Наукове видання

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА
ХІРУРГІЯ В РЕАЛІЯХ ВІЙНИ»
ДО 30-РІЧЧЯ УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ
ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ**

Київ, 12 червня 2026 р.

За загальною редакцією Воловар О.С.

Коректор *Т. Лазоренко*
Комп'ютерна верстка *Ю. Гандера*
Дизайн обкладинки *А. Чума*

Формат 60х84/16.
Ум. друк. арк. 6,51. Обл.-вид. арк. 7,056.
Тир. 100. Зам. № 18П.

Видавець і виготовлювач ТДВ «Патент»
88006 м. Ужгород, вул. Карпатської України, 101
Тел.: +38 (067)885-28-49
e-mail: upatent@gmail.com

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 4078 від 31 травня 2011 р.