



АСОЦІАЦІЯ
СТОМАТОЛОГІВ
УКРАЇНИ

Матеріали науково-практичної конференції «Стандарти стоматологічної допомоги — реалії практики та перспективи впровадження»

20–21 жовтня, 2016, Львів

УДК: 616.314-089.28/29-631:616-007.272-035

Братусь–Гриньків Р.Р., ас., Щерба П.В., доц., Кордіяк А.Ю., проф.
Львівський національний медичний університет ім. Данила
Галицького

Вибір типу штучної оклюзії для покривної конструкції знімного протеза на нижню щелепу

Мета: Визначити особливості двобічно збалансованої оклюзійної схеми при застосуванні покривних протезів у пацієнтів з поодинокими збереженими зубами на нижній щелепі. **Методи:** Провели лікування 25 пацієнтів (14 жінок та 11 чоловіків віком 51–76 років). Для постановки зубів в середньоанатомічному артикуляторі Artex Sr Amann Girschbach типу arcon з лицевою дугою використовували штучні зуби Yamahachi Dental (Японія). За клінічними показаннями до виготовлення покривних протезів у 16 (64%) пацієнтів відтворювали схему лінгвалізованої або площинної, у 9 (36%) пацієнтів — двобічно збалансованої оклюзії. **Результати:** Фіксація міжальвеолярної висоти та центрального співвідношення щелеп внутрішньоротовим

способом з використанням пристрою Centrofix Amann Girschbach були визначальними клінічними показниками для кожного з трьох методів постановки зубів (двобічно збалансованої, лінгвалізованої та площинної оклюзії). Для відтворення двобічно збалансованої оклюзії методом анатомічної постановки проводили вибір штучних зубів для покривних протезів з ангуляцією жувальних горбів 20 або 30°, з урахуванням налаштувань артикулятора (кута різцевого та суглобового шляхів). У 6-ти пацієнтів зі збереженими жувальними зубами або незнімними ортопедичними конструкціями на верхній щелепі оклюзійні співвідношення відновлювали індивідуальною постановкою штучних зубів покривного протеза на нижню щелепу. У 3-х пацієнтів анатомічну постановку за схемою двобічно збалансованої оклюзії проводили при відновленні зубних рядів верхньої та нижньої щелеп одночасно. **Висновки:** Постановка штучних зубів у двобічно збалансованій оклюзії за середньоанатомічними налаштуваннями артикулятора є базовою схемою при конструюванні покривних протезів, що забезпечує їхню стабільність при ексцентричних рухах нижньої щелепи.

Ключові слова: покривні протези, стабільність, збалансована оклюзія.

Список використаної літератури

1. Abduo J. Occlusal schemes for complete dentures: a systematic review / J. Abduo // *International Journal of Prosthodontics*. — 2013. — №26. — P. 26–33.
2. Weerawat N. Effect of Complete Denture Occlusal Schemes on Masticatory Performance / N. Weerawat, W. Tumrasvin, M. Arksornnukit // *Journal of Prosthetic Dentistry*. — 2014. — №112(6). — P. 1337–1342.
3. Murali C.R. Effect of occlusal scheme on the pressure distribution of complete denture supporting tissues: An in Vitro study poornima madalli / C.R. Murali, S. Subhas, S. Garg et al. // *Journal of International Oral Health*. — 2015. — №7(Suppl 2). — P. 68–73.
4. Prasad K. Enhancing Stability: A review of various occlusal schemes in complete denture prosthesis / K. Prasad, B.R. Prasad, A. Bardia // *Nitte University Journal of Health Science*. — 2013. — Vol. 3. — No. 2. — P. 105–112.
5. Poštić S.D. Influence of balanced occlusion in complete dentures on the decrease in the reduction of an edentulous ridge / S.D. Poštić // *Vojnosanit Pregl*. — 2012. — №69(12). — P. 1055–1060.
6. Gronas D.G. Lineal occlusion concepts for complete dentures / D.G. Gronas, C.J. Stout // *Journal of Prosthetic Dentistry*. — 1974. — Vol. 32. — P. 122–129.
7. Shah V. Lingualized occlusion. — A better way for enhancing function and esthetics / V. Shah, S. Dhaded, C.Sajjan // *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research*. — 2015. — Vol. 5. — P. 484–488.
8. Malik P. Lingualized occlusion — an optimal occlusal scheme in severe residual ridge resorption in edentulous patients / P. Malik, M. Rathee // *Medico Reseach Chronicles*. — 2014. — №1(2). — P. 125–129.
9. Taruna M. Management of severely resorbed mandibular ridge using neutral zone and monoplane occlusion concept / M. Taruna, T. Suchita, R. Kumari // *Indian journal of dental advancements*. — 2011. — №3. — Suppl 1. — P. 761–763.
10. Farias Neto A. Masticatory efficiency in denture wearers with bilateral balanced occlusion and canine guidance / A. Farias Neto, W.Mestriner Jr. // *Brazilian Dental Journal*. — 2010. — № 21(2). — P. 165–169.

УДК:616.315-007-089.844

Васьківська М.О., асп.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Ефективність ретротранспозиції при різних методиках велоластики за антропометричними показниками

Мета: Визначити ефективність ретротранспозиції при щадній велоластиці та за методикою Goteburg у дітей з вродженим одностороннім незрощенням піднебіння віком від 6 місяців до 3-х років до та після операції. Методи: Прооперовано 60 дітей з вродженим одностороннім незрощенням піднебіння віком від 6 місяців до 3-х років за методикою щадної велоластики та за Goteburg. Результати оцінювали за вимірами довжини м'якого піднебіння, ширини мезофарингсу та визначення їх коефіцієнта співвідношення довжини м'якого піднебіння до ширини мезофарингсу. Результати: У нормі в дітей віком від 6 місяців до 3-х років показники довжини м'якого піднебіння становлять 28–34 мм $\pm 0,02$, ширини мезофарингсу — 13–18 мм $\pm 0,01$, коефіцієнт співвідношення довжини м'якого піднебіння до ширини мезофарингсу — 2–2,2. У дітей з вродженим одностороннім незрощенням піднебіння до операції довжина м'якого піднебіння становила 23–25 мм $\pm 0,01$, ширина мезофарингсу — 27–29 мм $\pm 0,01$, а коефіцієнт співвідношення — 0,89–0,92. У дітей, яких оперували за методикою щадної велоластики після операції подовження м'якого піднебіння зареєстровано в межах 43–45 мм $\pm 0,02$, ширини мезофарингсу становила 27–29 мм $\pm 0,01$, коефіцієнт співвідношення — 1,6–1,8, а за Goteburg відповідно 33–35 мм $\pm 0,02$; 27–29 мм $\pm 0,01$; 1,2–1,3. Різниця коефіцієнта співвідно-

шення довжини м'якого піднебіння до ширини мезофарингсу становить 0,4–0,5 одиниць на користь методики щадної велоластики. Висновки: Ефективність ретротранспозиції м'якотканого комплексу м'якого піднебіння за антропометричними показниками найвища при виконанні щадної велоластики. Ключові слова: діти з вродженим одностороннім незрощенням піднебіння, методика щадної велоластики, методика Goteburg.

Список використаної літератури

1. Михельсон М.Н. Анализ результатов оперативных вмешательств по поводу врожденной расщелины неба // *Вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*. — М., 1963. — С. 73–78.
2. Семенченко Г.И., Вакулко В.И. Врожденные несращения верхней губы и неба. — К.: Здоров'я, 1968. — С. 86–89.
3. Фролова Л.Е. Пороки развития отдельных анатомических образований челюстно-лицевой области / *Руководство по стоматологии детского возраста*. — М., 1976. — С. 64–74.
4. Харьков Л.В. Двухэтапная операция ликвидации дефекта неба при односторонних несращениях по собственной методике / Л.В. Харьков // *Соврем. стоматология*. — 2005. — № 4. — С. 90–94.
5. Харьков Л.В., Азнаурьян С.К., Чумаченко А.В. Сравнительная оценка травматичности различных методов ураностафилопластики // *Стоматология*. — 1990. — Т. 69. — № 1. — С. 78–80.
6. Bessell A., Hooper L., Shaw W.C., Reilly S., Reid J., Glenny A.M. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database Syst Rev*. — 2011;(4):CD003315.
7. Fara M., Sedlackova E., Klaskova J., Hrivnako, Chernelova A., Supacek J., Primary Pharyngofixation in cleft lip repair // *Plastic and Reconstructive Surgery*. — 1970. — №45. — P. 449–458.
8. Sheer F.J., Swarts J.D., Ghadiali S.N. Finite element analysis of eustachian tube function in cleft palate infants based on histological reconstructions. *Cleft Palate Craniofac. J.* 2010;47:600–10.
9. Von Langenbeck or Wardill procedures for primary palatal repair in patients with isolated cleft palate-speech results / M. Becker, H. Svensson, K.V. Sarnas, S. Jacobsson // *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg*. — 2000. — Vol. 34, N 1. — P. 27–32.

УДК: 616.311.2+616.314.16+616.716.85]-031.81-085.242:57.084

Воловик І.А., асп., Борисенко А.В., проф.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Експериментальне обґрунтування використання нового засобу для корекції гіпоксії в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит

Мета: Розробити та експериментально обґрунтувати вибір нового засобу для комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит. Методи: Використано новий засіб з протимікробними, протипротозойними та антигіпоксичними властивостями. Дію досліджуваних препаратів у звичайних умовах та в умовах експериментальної гіпоксії оцінювали на культурі клітин епітеліального походження HeLa із використанням МТТ-тесту. Результати: При внесенні у середовище інкубації епітеліальних клітин протимікробного та протипротозойного препаратів кількість живих клітин становить менше 15%, порівняно із контролем, що свідчить про значну цитотоксичну дію. Антигіпоксичний препарат за аналогічних умов виявив виражену цитопротекторну дію. Хлорид кобальту викликає стан гіпоксії при концентрації понад 250 мкмоль/л. За умов гіпоксії та тривалості експозиції аплікації 5 хв. кількість живих клітин збільшилась на 12%, при 10 хв. — на 25%. Висновки: Розроблено новий засіб, що не чинить цитотоксичної дії на життєздатність епітеліальних клітин. Встановлено оптимальні концентрації та співвідношення препаратів, при яких визначено їх ефективну сумісну дію. Обґрунтовано вибір нового засобу з антигіпоксичними властивостями для корекції гіпоксії в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

Ключові слова: хворі на генералізований пародонтит, культура клітин епітеліального походження HeLa, МТТ-тест.

Список використаної літератури

1. Goel R.K., Bagga P. Cobalt chloride induced cytotoxic cerebral hypoxia: A new experimental model to study neuroprotective effect // *J. Pharm. Educ. Res.* — 2010. — V. 1, № 2. — P. 88-95.
2. Mosmann T. Rapid colorimetric assay for cellular growth and survival: application to proliferation and cytotoxicity assays // *Immunol. Methods.* — 1983. — V. 65, № 1-2. — P. 55-63.

УДК: 616.314.25/.26(477)

Галич Л.В., ас.

Медичний інститут Сумського державного університету

Порівняння поширеності дистального прикусу в різних регіонах України

Мета: Вивчити поширеність дистального прикусу (II клас за Енглеєм) у різних регіонах України та порівняти із власними даними у Сумській області. Методи: Проаналізувати 2236 амбулаторних стоматологічних карток ортодонтичних пацієнтів, мешканців міста Суми та Сумської області, які звернулися за ортодонтичною допомогою в Сумську обласну дитячу клінічну стоматологічну поліклініку у період 2004–2013 рр. та порівняти з даними дослідників інших регіонів України на підставі джерел літератури. Результати: Однією з розповсюджених зубощелепних аномалій є дистальний прикус, який характеризується різними клінічними проявами. За частотою аномалії прикусу II класу за Енглеєм в різних регіонах України становлять від 9,47% до 46% та займають друге місце серед ЗІЩА, поступаючись I класу аномаліям зубів та зубних рядів. Визначено, що у пацієнтів Сумської області (Північний регіон) переважають аномалії прикусу II класу за Енглеєм (14,85±0,75%). Слід звернути увагу на те, що з віком патологія прогресує та зростає майже в 7 разів (з 2,87% до 19,18%) як у дітей 10–13 років, так і підлітків, порівняно з раннім змінним прикусом. За даними полтавських дослідників (Центральний регіон) аномалії II класу посідають друге місце, від 22% до 46%. На Півдні України у 25 районах Одеської області при проведенні обстеження дистальний прикус домінував у дітей всіх населених пунктів і в середньому становив 23,93%. У Західній Україні при обстеженні дітей навчальних закладів м. Львова та Львівської області виявило II клас за Енглеєм у 9,47% та 38,09% відповідно. У Східному регіоні України II клас за Енглеєм зустрічається в 36%. Висновки: Дистальний прикус у всіх регіонах України посідає друге місце серед зубощелепних аномалій. Найбільший відсоток поширеності II класу за Енглеєм встановлено в Центральному регіоні України.

Ключові слова: дистальний прикус, II клас за Енглеєм, поширеність, зубощелепні аномалії.

Список використаної літератури

1. Куроєдова В.Д. Комплексна оцінка хвороби «зубощелепна аномалія» та прогноз лікування ортодонтичних пацієнтів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д.мед.наук: 14.01.22 / В.Д. Куроєдова: Полтава. — 1999. — 33 с.
2. Денга О.В. Поширеність зубощелепних аномалій і карієсу зубів у дітей у період змінного прикусу / О.В. Денга, Б.М. Мірчук, М. Раджаб // *Український стоматологічний альманах.* — 2004, №1–2. — С. 48–51.
3. Безвушко Е.В. Структура зубощелепних аномалій у дітей м. Львова / Е.В. Безвушко, Н.Л. Чухрай // *Український стоматологічний альманах.* — 2006, №5. — С. 44–47.
4. Атраментова Л.А. Динамика распространенности зубочелюстных аномалий в Украинском населении и их сопряженность с психическим здоровьем / А. Атраментова, В.Д. Куроєдова, О.В. Филицова [та ін.] // *Український стоматологічний альманах.* — 2007, №2. — С. 7–11.
5. Чухрай Н.Л. Потреба в ортодонтичному лікуванні дітей Львівської області / Н.Л. Чухрай, Е.В. Безвушко // *Український стома-*

тологічний альманах. — 2007, №2. — С. 48–51.

6. Самойленко А.В. Поширеність зубощелепних аномалій у здорових дітей та дітей із загальносоматичною патологією в Кривому розі / А.В. Самойленко, В.О. Дрок // *Український стоматологічний альманах.* — 2007, №2. — С. 73–74.
7. Мірза О.І. Розповсюдженість дефектів зубних рядів і зубощелепних деформацій серед дитячого населення м. Києва / О.І. Мірза, Т.С. Зав'ялова // *Современная стоматология.* — 2010, №2. — С. 149–153.
8. Безвушко Е.В. Динаміка поширеності зубощелепних аномалій у дітей Львівської області / Е.В. Безвушко, А.Л. Міськів // *Вісник проблем біології і медицини.* — 2015. — Т. 2, №2 (119). — С. 21–23.
9. Фур М.Б. Розповсюдженість та структура ортодонтичної патології у дітей-вихованців шкіл-інтернатів / М.Б. Фур // *Вісник проблем біології і медицини.* — 2015. — Т. 2, №2 (119). — С. 252–254.

УДК: [616.314+616.716]-007-053.4/.5

Галич Л.В., ас., Куроєдова В.Д., проф., Галич Л.Б., доц.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Медичний інститут Сумського державного університету

Метод визначення типу росту нижньої щелепи у дітей із зубощелепними аномаліями III класу за Енглеєм

Мета: Одним з основних факторів ступеня тяжкості морфологічних змін зубощелепного апарату при аномаліях прикусу є тип росту щелеп. Тому метою дослідження було розробити та впровадити метод визначення типів росту нижньої щелепи (НЩ) у пацієнтів 10–13 років із аномаліями прикусу III класу за Енглеєм. Методи: Проведено вивчення 74 пар КДМ щелеп у пацієнтів з різними типами росту нижньої щелепи. Виміри проводили на діагностичних моделях верхньої щелепи (ВЩ) та НЩ за Pont та Korchaus. На підставі отриманих даних запропоновано авторський спосіб визначення типу росту НЩ для кожної групи пацієнтів з аномаліями III класу за Енглеєм без проведення рентгенологічного дослідження (свідчення про реєстрацію авторського права на твір № 62931 «Спосіб визначення типу росту нижньої щелепи у пацієнтів з аномаліями прикусу III класу за Енглеєм», дата реєстрації 14.12.2015 р.), який є результатом співвідношення ширини ВЗР у ділянці перших премолярів до його довжини фронтальної ділянки. Результати: Аналізуючи отримані дані, встановлено, що при фізіологічному прикусі умовний біометричний коефіцієнт був у межах від 2,01±0,03 при горизонтальному до 2,03±0,01 — при нейтральному типі росту НЩ. У пацієнтів з аномаліями III класу за Енглеєм, які мали різний тип росту НЩ, цей показник був значно меншим. Але простежується логічна закономірність запропонованого умовного біометричного коефіцієнта між групами обстежених. Так, для пацієнтів з нейтральним типом росту НЩ він складає 1,79±0,03. Для пацієнтів з вертикальною складовою росту він більший за 1,79 (вертикальний тип росту — 1,84±0,05, нейтрально-вертикальний — 1,83±0,09). А у пацієнтів з горизонтальним компонентом росту НЩ цей показник був менший за 1,79 (1,55±0,06 — при горизонтальному типі та 1,77±0,04 — при нейтрально-горизонтальному типі). Висновки: Запропонований спосіб надає можливість практичному лікарю-ортодонту визначити тип росту нижньої щелепи без проведення рентгенологічного дослідження.

Ключові слова: зубощелепні аномалії, III клас за Енглеєм, тип росту нижньої щелепи.

Список використаної літератури

1. Oztas E. Mandibular gonial angle in the orthopantomogram: could it be used in skeletal vertical assessment? / E. Oztas, T. Yurdakulogiu // *European Orthodontic Society: Cong., 2005. Amsterdam-Netherlands: proc. of cong.* — 2005. — P. 185.
2. Reinhardt R. Analysis of supporting areas and angles on dental pantomograms using a new program // R. Reinhardt, V. Kurojedova, H. Wehrbein // *European Orthodontic Society: Cong., 2010. Ukraine:*

- proc. of cong. — 2010. — P. 295.
3. Sancak O. Evaluation of vertical facial changes using panoramic radiography O. Sancak, E. Ozdiler, M.E. Emral / *European Orthodontic Society: Cong.* — 2011. Turkey: proc. of cong. — 2011. — P. 508.
 4. Toseska Spasova N. Assessment of gonial angle on panoramic radiographs and lateral cephalograms of class I malocclusion subjects / N. Toseska Spasova, C. Misevska, Z. Spasov, J. Gjorgovav, L. Kanurkova // *European Orthodontic Society: Cong., 2011.* — Macedonia: proc. of cong. — 2011. — P. 569.
 5. Головка Н.В. Типи росту щелеп у пацієнтів з глибоким прикусом та ретрузією передніх зубів у різні вікові періоди / Н.В. Головка, Мехді Хоссейн Хейдарі // *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії.* — 2013. — Т. 13. — №2 (42). — С. 28–30.

УДК: 616.314.

Готь С.-Р.Р.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Європейська асоціація студентів-стоматологів (EDSA), Танзанійська асоціація студентів-стоматологів (TDSA), Танзанійський університет Мухімбілі (MUHAS)

Міжнародний проект «Ратоја» — стоматологічна допомога дітям Танзанії

Мета: Презентація програми «Ратоја» — спільного проекту Європейської асоціації студентів-стоматологів (EDSA), Танзанійської асоціації студентів-стоматологів (TDSA) та університету Мухімбілі (MUHAS) з розглядом моделі надання стоматологічної допомоги добровольцями в районі східної Танзанії. Програма сприяє соціально орієнтованій пропаганді гігієни порожнини рота та надає стоматологічну допомогу дітям шкільного віку. Методи: У проєкті взяли участь 35 молодих стоматологів із 13 країн світу. Стоматологічна допомога надавалась у школах Дар-ес-Саламу та Багамою та проходила в два етапи: спершу дітей оглядали, заповнювали медичні карти пацієнта та склали план лікування. Кожен пацієнт отримував форму згоди на лікування, яку мали підписати батьки. При наявності письмової згоди батьків дитина отримувала необхідну стоматологічну допомогу: атравматичне лікування карієсу, ручний скейлінг, герметизація фісур та глибоке фторування. При необхідності хірургічних втручань дитину скеровували в стоматологічне відділення місцевої лікарні, де лікування проводили стоматологи-волонтери. Результати: За два тижні програми одна команда стоматологів оглянула 1076 дітей: 315 дітей пройшли лікування, 293 дитини не потребувало стоматологічного втручання, 346 дітей не отримали згоди на лікування від батьків і 122 дитини відмовились від лікування. Висновки: 72,8% оглянутих дітей потребувало стоматологічної допомоги.

Список використаної літератури

1. Wilson K.E., Wilson I., Holmes R.D. Oral Urgent Treatment (OUT) — A volunteer led training programme in North West Tanzania // *British Dental Journal.* — 2012. — Vol. 212, №9 — P. 443–448.
2. Harvey J. The Bridge2Aid Dental Volunteer Programme // *Br. Dent J.* — 2008. — Vol. 205, №5. — P. 5–7.

УДК:616.311.2+616.314.17+616.314.19)-002-031.82-089-[574.6:611-018.1]

Годована О.І., к.мед.н., доц.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Визначення біосумісності кістковопластичних матеріалів до культивованих *ex vivo* фібробластоподібних клітин у хірургічному лікуванні генералізованого пародонтиту

Мета: Розпрацювання нового підходу для визначення індивідуальної біосумісності реципієнтного ложа за умов *ex vivo* щодо

кістковопластичних матеріалів, які використовують у практиці пародонтальної хірургії. Методи: Визначення індивідуальної біосумісності реципієнтного ложа за умов *ex vivo* проводили до наступних матеріалів: «Колалан-Л®», «Остеопласт®», «R.T.R.», «EasyGraft™», «Calc-i-oss™», «Стимул-Осс». Відповідно до модифікованої методики (Патент України на корисну модель №85835), отриману біомасу первинної культури висаджували у мультиташки Петрі зі зразками тестованих матеріалів. Тривалість інкубації клітин становила близько 3-х тижнів. Стан клітинної біомаси оцінювали за допомогою барвника акридину оранжевого світловим інвертованим мікроскопом Біолам-Р2 та люмінесцентним мікроскопом Мик Мед-2(12) ЛОМО, РФ. Результати: Встановлено, що за умов *ex vivo* при генералізованому пародонтиті (ГП) II і III ступенів найвищу індивідуальну біосумісність проявляв матеріал «Остеопласт®» (ксеноколаген, насичений сульфатованими глікозаміногліканами (сГАГ)), у той час як у нормі та на початкових стадіях патологічного процесу (катаральний гінгівіт та ГП I ступеня) виявлено високу біосумісність більшості матеріалів, протестованих у роботі. За умов інтактного пародонта клітини інтенсивніше реагували на наявність синтетичного матеріалу «Easy-Graft™», ніж на «Остеопласт®». При пародонтиті II і, особливо, III ступеня за умов дефіциту кислих ГАГ, реакція клітин на «Остеопласт®», помітно зростала — 5+ (p<0,05), тоді як за присутності «Easy-Graft™» послаблювалася (3+). Висновки: За умов *ex vivo* при ГП II і III ступеня показано найвищу індивідуальну біосумісність «Остеопласт®» та «Easy-Graft™», у той час як у нормі та на початкових стадіях патологічного процесу продемонстровано високу біосумісність усіх матеріалів, протестованих у цій серії досліджень. Ключові слова: пародонтит, кістковопластичні матеріали, індивідуальна біосумісність, фібробластоподібні клітини, *ex vivo*.

Список використаної літератури

1. Monchau F. In vitro studies of human and rat osteoclast activity on hydroxyapatite, β -tricalcium phosphate, calcium carbonate / F. Monchau, A. Lefevre, M. Descamps [et al.] // *Biomolecular Eng.* — 2002. — №19. — P. 143–152.
2. Малишкіна С.В. Медико-біологічні дослідження штучних біоматеріалів для ортопедії та травматології / С.В. Малишкіна, Н.В. Дедух // *Ортопедія, травматологія та протезування.* — 2010. — № 2. — С. 93–100.
3. Патент на корисну модель №85835 У країна, МПК А61 С 13/00, G01 №33/00. Спосіб визначення *ex vivo* індивідуальної біосумісності ясенного експлантата до кістковопластичних матеріалів / О.І. Годована та ін. — № а 2013 06043. — Заявл. 16.05.2013; опубл. 10.12.2013, Бюл. №23.
4. Карнаухова В.Н. Люмінесцентний спектральний аналіз клітки / В.Н. Карнаухова. — Москва: Наука, 1978. — 207 с.

УДК: 615.454.123:615.211:616.31

Гриновець І.С., доц., Гриновець В.С., доц.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Застосування нового лікарського засобу у формі стоматологічних лікарських плівок для збільшення ефективності терапевтичної допомоги при лікуванні стоматологічних хворих

Мета: Зважаючи на те, що більшість хвороб слизової оболонки порожнини рота (СОПР) різної етіології супроводжуються болівою симптоматикою, питання розробки нових ефективних знеболюючих засобів з новими якісними характеристиками залишається актуальним [1]. Завдання роботи — розробка нового лікарського засобу (ЛЗ) у вигляді стоматологічної лікарської плівки (СЛП) аплікаційного типу, яка б відповідала таким характеристикам, як контрольована (у часовому періоді) пролонгована дія та відповідність фармакологічної дози вивільнення активного фармацевтичного інгредієнта (АФІ) — лідокаїну гід-

рохлориду. Методи: СЛП дозволяє локально вводити АФІ методом аплікації на СОПР без порушення цілісності епітеліальної тканини, проявляє виражену знеболювальну дію, полегшує процес регенерації, сприяючи зменшенню травмування тканин на початкових етапах лікування та передопераційних станах. Ми обрали відомий вітчизняний ЛЗ — лідокаїну гідрохлорид для місцевої анестезії, який входить до складу СЛП з метою тимчасового знечуження [2]. Основу плівконосця для СЛП отримали внаслідок реакції полімеризації натрій карбоксиметилцелюлози Na КМЦ та ПВС з використанням методу поливу на гладку поверхню [3]. Клінічні спостереження полягали в тому, що в основній групі (10 пацієнтів), окрім традиційної схеми лікування, проведено заміну знеболювальну терапію у вигляді аплікацій СЛП з лідокаїну гідрохлоридом. Курс лікування становив, у середньому, 1–2 тижні [4]. Висновки: Спостереження підтвердили, що у пацієнтів основної групи відчутне поліпшення клінічного стану настало на 3–6 день лікування, значно зменшилася чутливість ясен до болю, навіть при наявності дистрофічно-запального процесу, набряк тканин слизової оболонки зник на 3–6 день. У контрольній групі покращення пародонтологічного статусу спостерігалось пізніше на 3–5 днів від основної групи. Ключові слова: знеболювальні засоби, лідокаїну гідрохлорид, стоматологічні лікарські плівки.

Список використаної літератури

1. Дичко Є.Н. Больвовий та парестетичний феномен слизової оболонки порожнини рота / Є.Н. Дичко, А.В. Вербицька, С.О. Карнаух // *Медичні перспективи*. — 2013. — №3. — С. 51–54.
2. Інструкція до застосування Лідокаїну гідрохлориду [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=1012>.
3. Державна фармакопея України / Державне підприємство «Науково-експертний фармакопейний центр». — 1-е вид. — Доп. 2. — Харків: Науково-експертний фармакопейний центр. — 2008. — 620 с.
4. Гриновець І.С. Розробка складу, технології і дослідження стоматологічних лікарських плівок: автореф. дис. ... канд. фарм. наук: 15.00.01 / І.С. Гриновець. — Львів, 2013. — 25 с.

УДК: 615.837:616.314.17-008.1

Денег І.С., ас., Рінецька О.Р., к.мед.н., доц., Гриновець В.С., к.мед.н., доц. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Можливість використання комбінованого ультразвукового опрацювання пародонтальних кишень у хворих на генералізований пародонтит як альтернативи хірургічного лікування

Мета: Оцінити ефективність способу місцевого лікування генералізованого пародонтиту (ГП) із використанням ультразвукових апаратів. Методи: Дослідження проводили у 57 хворих на ГП I–II ступеня з неглибокими (3–5 мм) пародонтальними кишнями. У 34 осіб основної групи застосовували малоінвазійний метод опрацювання пародонтальних кишень з послідовним використанням ультразвукового п'єзокерамічного скейлера з періонасадками, покритими дрібнозернистим алмазним напиленням та фінішної обробки за допомогою Вектор-терапії. В групі порівняння (23 хворих) застосовували хірургічне опрацювання пародонтальних кишень методом відкритого кюретажу. Контроль ефективності лікування проводили за рівнем редукції пародонтальних кишень, даними пародонтальних індексів та імунологічними показниками (рівні активаційних маркерів лімфоцитів та С-реактивного білка у пародонтальній крові). Результати: Перед лікуванням коефіцієнт змін імунологічних показників відносно норми у хворих основної групи становив 24,6%±1,9%, а у групі порівняння — 22,8%±2,1%, $p>0,05$. Через 1,5 місяця після лікування у 23 хворих основної групи (67,6%) і 17 осіб групи порівняння (73,9%) спостерігали повне усунення па-

родонтальних кишень чи зменшення їх глибини до 1,5–2 мм та нормалізацію пародонтальних індексів. Коефіцієнт змін імунологічних показників після лікування суттєво зменшився і становив у хворих основної групи — 11,7%±1,1, а в групі порівняння — 9,2%±1,3, $p>0,05$. Висновки: Запропонований малоінвазійний спосіб місцевого лікування генералізованого пародонтиту з послідовним застосуванням п'єзокерамічного скейлера з алмазними періонасадками та Вектор-терапії забезпечує якісну обробку пародонтальних кишень і поліпшення репаративних процесів у тканинах пародонта. Результати дослідження вказують, що даний спосіб місцевого лікування ГП може бути альтернативою хірургічного лікування при неглибоких пародонтальних кишнях, оскільки як клінічні, так і імунологічні параметри в обох групах не відрізняються.

Ключові слова: ультразвук, пародонтальні кишні, генералізований пародонтит, хірургічне лікування пародонтиту.

Список використаної літератури

1. Артюшкевич А.С. *Заболевания периодонта*. — М.: Медицинская литература, 2006. — 328 с.
2. Браун А., Краузе Ф., Шиффер А., Френццен М. *Применение ультразвукового аппарата Vector при лечении пародонтита // Клиническая стоматология*. — 2001. — №3. — С. 62–65.
3. Райнер Хан. *О главной цели лечения пародонтита с использованием прибора Вектор // Клиническая стоматология*. — 2002. — №3. — С. 44–46.
4. Райнер Хан. *Пародонтальные аспекты Вектор-системы // Клиническая стоматология*. — 2001. — №4. — С. 48–52.
5. Клингер Г., Клингер М. *Пародонтальная терапия с помощью ультразвуковой системы Vector // Пародонтология*. — 2003. — №1. — С. 33–37.

УДК: 616.314.17-008.1: 612 – 32

Дирик В. Т., ас., Виноградова О. М., ас.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Маркери ендогенної інтоксикації у експериментальних тварин з модельованим пародонтитом за впливу різного за тривалістю навантаження пестицидами

Мета: Визначити в експериментальному дослідженні показники маркерів ендогенної інтоксикації у сироватці крові піддослідних тварин за впливу різних за тривалістю навантаження пестицидів. Маркерами цього синдрому є середньомолекулярні пептиди (СМП) та сорбційна здатність еритроцитів (СЗЕ). Методи: Досліди проводили на білих безпородних щурах-самцях масою тіла 160–180 г. Під час експерименту вони перебували на стандартному раціоні віварію. У процесі роботи використано 120 тварин. Усі етапи експериментів затверджені Комісією з біоетики ЛНМУ ім. Данила Галицького і виконані згідно з правилами гуманного ставлення до експериментальних тварин та Міжнародними вимогами щодо гуманного поводження з тваринами відповідно до Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для дослідних та інших наукових цілей (Страсбург, 1986). Піддослідних тварин розділили на групи, до кожної з яких входили 20 щурів: I група — інтактні щури (контрольна); II група — тварини з моделлю пародонтиту. Щурам цієї групи протягом 2-х тижнів, через день, вводили в тканини ясен по 40 мікролітрів (1 мг/мл) ліпополісахариду (ЛПС) *E. Coli* («Sigma-Aldrich», США) [6]. III група — тварини з модельованим пародонтитом, яким щоденно протягом 2-х тижнів за допомогою перорального зонду вводили розчинений у олії пестицид хлорпірифос (ХПФ) («Sigma-Aldrich», США) з розрахунку 5 мг/кг [4, 5]. IV група — тварини з модельованим пародонтитом, які знаходились у камері з інгаляційною подачею ХПФ з розрахунку 5 мг/кг. Тривалість експерименту у III та IV групах становила 14 діб. V група — щури з пародонтитом, з пероральною експозицією пестицидів, яким починаючи з 15-ї доби експерименту щоденно, протягом 14-ти діб

призначали ЛПК. VI група — щурі з пародонтитом, що зазнавали інгаляційного впливу пестицидів, яким з 15-ї доби експерименту щоденно, протягом 14 днів призначали ЛПК. Кров для досліджень відбирали після припинення експериментальних кроків з хвостової вени щурів [1–3]. Результати: Нами встановлено, що в інтактних тварин I групи вміст СМП у крові становив $0,45 \pm 0,07$ ум. од. У тварин II групи з модельованим пародонтитом вміст СМП у крові дорівнював $0,58 \pm 0,06$ ум. од., що перевищувало значення у інтактних щурів 28,88%, $p > 0,05$. У експериментальних тварин III групи, у яких модельовані пародонтопатогенні явища комбінувались з пероральним впливом пестицидів, що умовно відповідало відкритому ґрунту (ВГ), вміст СМП у крові збільшувався до $0,64 \pm 0,05$ ум. од., що було на 42,22% вище, ніж у інтактних тварин I групи, $p < 0,05$ та на 10,34 % перевищувало значення у тварин II експериментальної групи, $p_1 > 0,05$. У щурів з модельованим пародонтитом IV групи, з поєднаним інгаляційним впливом пестицидів, що відповідало умовам закритого ґрунту (ЗГ), значення СМП у крові було максимальним та становило $0,89 \pm 0,04$ ум. од., $p_2 > 0,05$. Отриманий показник був на 97,78% та на 53,44% вищим стосовно даних у щурів I та II груп, відповідно, $p < 0,01$, $p_1 < 0,05$ та на 39,06% перевищував значення у тварин III групи дослідження, $p_2 < 0,05$. У результаті проведених досліджень встановлено, що у інтактних тварин I групи СЗЕ становила $36,50 \pm 1,35\%$, що було на 19,35% більше, ніж у тварин з модельованим пародонтитом II групи ($29,44 \pm 1,26\%$), $p < 0,01$. У експериментальних щурів III групи СЗЕ зменшувалась до $20,68 \pm 1,29\%$, що було на 43,35% та на 29,76% менше стосовно даних інтактних тварин, $p < 0,01$ та щурів II групи, $p_1 < 0,01$. Мінімальні значення СЗЕ отримані у IV групі експериментальних щурів — $15,59 \pm 1,30\%$, $p_2 < 0,05$, які були нижчими на 57,29%, ніж у інтактних тварин, $p < 0,01$ та на 47,05% меншими, ніж у тварин з модельованим пародонтитом II групи, $p_1 < 0,01$. При цьому, у тварин IV групи СЗЕ була на 24,62 % нижчою, ніж у тварин III групи дослідження, $p_2 < 0,05$. Висновки: У щурів груп дослідження вміст СМП у крові збільшувався, що свідчило про наростання запальних процесів у організмі тварин, а особливо за впливу пестицидів та неспроможності елімінувати негативний вплив токсикантів. Порівняння величин СЗЕ між групами довело, що за впливу пестицидів, значення цього показника зменшувались, тобто елімінаційна спроможність організму не спрацьовувала та була недостатньою, особливо у тварин IV групи, які зазнавали інгаляційного впливу пестицидів.

Ключові слова: пародонтит, пестициди, середньомолекулярні пептиди, сорбційна здатність еритроцитів.

Список використаної літератури

1. Борисенко А. В. Влияние оральных аппликаций силикагеля, содержащего наночастицы золота или серебра на степень дисбиоза десны крыс после воздействия липополисахарида / А. В. Борисенко, О.Б. Ткач, А.П. Левицкий // *Вісник стоматології*. – 2013. – № 3 (84). – С. 2–4.
2. Гасюк П.А. Гістотопографічні особливості періодонтальної щілини зуба в експерименті / П.А. Гасюк, Д.М. Король, Д.В. Калашніков // *Клінічна стоматологія*. – 2014. – № 2. – С. 8–11.
3. Глазунов О.А. Экспериментальное обоснование лечебно-профилактического комплекса для нормализации автоматического статуса у работников горнорудной промышленности / О.А. Глазунов // *Вісник стоматології*. – 2011. – № 1. – С. 9–13.
4. Классификация пестицидов по степени опасности / Ю.С. Каган, Е.А. Антонович, В.И. Великий, В.М. Воронина // *Журнал АМН України*. – 1996. – № 3. – С. 465–476.
5. Кокот В.Р. Экспериментальні дослідження алергенних властивостей фунгіциду полікарбаціну / В. Р. Кокот // *Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія*. – 2003. – № 3. – С. 49–54.
6. Сукманский О.И. Экспериментальная модель генерализованного пародонтита / О.И. Сукманский, О.А. Макаренко // *Вісник стоматології*. – 2006. – № 2. – С. 2–3.

УДК: 616.314.25–007.481+616.716.1/4–007]–07–089.23

Дмитренко М.І., д.мед.н., доц.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Сучасні підходи до лікування зубощелепних аномалій, ускладнених скупченістю зубів

Мета: Підвищення ефективності лікування пацієнтів із зубощелепними аномаліями (ЗЩА), ускладненими скупченістю зубів (СЗ) на підставі отримання нових наукових даних про провідні фактори ризику та диференційованого підходу до ортодонтичних методів лікування із застосуванням відомих і авторських конструкцій. Методи: Здійснено обстеження та комплексне ортодонтичне лікування різних ЗЩА, ускладнених СЗ, 169 пацієнтам віком від 4 до 42 років з високим рівнем потреби в ортодонтичному лікуванні СЗ. З метою діагностики та контролю за ефективністю лікування обрано клініко-діагностичні, електроміографічні, одонтометричні, морфометричні, рентгенологічні, комп'ютерні методи дослідження. Результати: Розроблено та впроваджено у практику алгоритмічні схеми лікувальних заходів у пацієнтів із ЗЩА, ускладненими СЗ, які базуються на сучасних підходах до комплексного ортодонтичного лікування згідно з періодами формування прикусу і доповнені власними науково-практичними розробками, на що отримано свідоцтво про реєстрацію авторського права на науковий твір (№ 47296 від 21.01.2013). Статистичним аналізом визначено, що використання в ортодонтичному лікуванні СЗ запропонованих науково-практичних розробок, які впроваджені в клінічну практику, сприяють скороченню тривалості лікування порівняно з загальноприйнятими у середньому в 1,45 рази ($p < 0,05$). Висновки: Аналіз отриманих результатів свідчить про ефективність лікування ЗЩА, ускладнених СЗ, комплексним поєднаним лікуванням апаратурним, функціональним, хірургічним, ортопедичним методами, залежно від виявлених морфологічних причин розвитку СЗ.

Ключові слова: зубощелепні аномалії, скупченість зубів, методи ортодонтичного лікування, ортодонтичні конструкції.

Список використаної літератури

1. Гилева Е.С. Системный анализ параметров макро- и микроэстетики улыбки у лиц молодого возраста и их динамика в процессе лечения скученного положения зубов во фронтальном отделе: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Е.С. Гилева; ГОУВПО «Пермская государственная медицинская академия». — Пермь, 2007. — 178 с.
2. Дорошенко С.І. Комплексне лікування пацієнтів з зубощелепними аномаліями та деформаціями, які протікають на тлі захворювань тканин пародонта / С.І. Дорошенко, О.В. Саранчук, О.В. Саранчук // *Сучасна ортодонція — шлях професійного розвитку: матеріали наук.-практ. конференції з міжнар. участю*. — Київ. — 2012. — С. 42–43.
3. Дрогомирецька М.С. Аспекти співпраці лікаря-ортодонта зі спеціалістами суміжних спеціальностей для досягнення довготривалого естетичного та функціонального результату лікування / М.С. Дрогомирецька, Т.С. Неспрядько // *Новітні технології в ортодонції: зб. наук. пр. Першого українського ортодонтичного конгресу*. — Київ, 2013. — С. 56–58.
4. Глухова Ю.М. Особенности диагностики, планирования и прогнозирования результатов лечения подростков и взрослых с синдромом тесного положения зубов: дис. ... докт. мед. наук: 14.01.14 / Ю.М. Глухова; ГОУВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет». — Санкт-Петербург, 2010. — 236 с.

УДК: 616.314.17-008.1-08:616.89

Заболотний Т.Д., проф., Гонта З.М., доц., Дутко Г.З., здобувач
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького**Діагностична структура захворювань тканин пародонта в дітей хворих на олігофренію**

Мета: Визначення діагностичної структури захворювань тканин пародонта в дітей хворих на олігофренію. Методи: Вивчали пародонтальний статус у 135 дітей віком від 6 до 16 років (з них 95 дітей хворих на олігофренію — основна група і 40 практично здорових дітей — група порівняння). При встановленні діагнозу користувались класифікацією захворювань пародонта М.Ф. Данилевського (1994), стан тканин пародонта об'єктивізували за допомогою пародонтальних індексів РМА, СРІ та гігієнічного індексу ОНІ-S (J. Green, J.Vermillion, 1964) [1,7]. Результати: Аналіз діагностичної структури захворювань пародонта дозволив з'ясувати, що в обох групах дослідження найпоширенішою формою захворювань пародонта був хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ). Так, у дітей основної групи ХКГ діагностували в 56,12% випадків, що було у 2 рази більше відповідних значень у групі порівняння (28,06%). Поширеність та важкість перебігу ХКГ із віком збільшувалася в обох групах порівняння. Так, у віковому проміжку 6-8 років тяжкий ступінь ХКГ був об'єктивізований у 2,33% дітей хворих на олігофренію за відсутності важкого ступеня ХКГ у групі порівняння. Поширеність важкого ступеня ХКГ у віці 14-16 років у хворих дітей була в 4,65 разів більшою, ніж у здорових. У 5,86% дітей основної групи, анамнез яких обтяжувався олігофренією, були констатовані ознаки початкових форм генералізованого пародонтиту за відсутності даних нозологічних одиниць у групі порівняння [2-6]. Висновки: Проведені дослідження довели, що у дітей хворих на олігофренію захворювання пародонта мають більшу поширеність, частоту та інтенсивність, ніж у практично здорових дітей, що вказує на доцільність вивчення особливостей перебігу захворювань пародонта в дітей хворих на олігофренію для подальшої розробки ефективних схем їх комплексного лікування та профілактики.

Ключові слова: пародонт, захворювання пародонта, хронічний катаральний гінгівіт, олігофренія.

Список використаної літератури

1. Борисенко А.В. *Терапевтична стоматологія* / А.В. Борисенко. — К.: Медицина, 2008. — 490с.
2. Вплив психосоматичних порушень на розвиток захворювань пародонта / Т.Д. Заболотний, З.М. Гонта, О.М. Слаба // *Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія*. — 2007. — №2(6). — С. 69-71.
3. Гавриленко М.А. Оцінка стоматологічного статусу дітей з психічними розладами / М.А. Гавриленко // *Український стоматологічний альманах*. — 2014. — №4. — С. 44-47.
4. Зв'язок захворювань пародонту з загальносоматичною патологією (огляд літератури) / О.М. Немеш, З.М. Гонта, І.В. Шилівський, А.П. Скалат // *Новини стоматології*. — 2006. — №2. — С. 34-37.
5. Лисак Т.Ю. Особливості клінічного перебігу та лікування захворювань пародонту у психічно хворих дітей: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Т.Ю. Лисак. — Львів, 1996. — 22 с.
6. *Психіатрія* / За ред. проф. О.К. Напрєєнка. — К.: Здоров'я, 2011. — 584 с.
7. Савичук Н.О. *Современные подходы к первичной профилактике заболеваний тканей пародонта у детей* / Н.О. Савичук // *Современная стоматология*. — 2008. — №3. — С. 53-57.

УДК:616.311.2+616.314.17+616.314.19)-002-06:616.36-002.17-085.376:615.844.6

Заболотний Т.Д., проф., Січкорізі Х.А. ас.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького**Ефективність застосування електрофорезу імуномодулятора ербісолу у схемі комплексного лікування захворювань пародонта на тлі хронічного гепатиту С**

Мета: Оцінити ефективність застосування електрофорезу ербісолу у схемі комплексного лікування захворювань пародонта (ЗП) через вивчення динаміки рівнів прозапальних цитокінів TNF- α та IL-6 у ротовій рідині пацієнтів із хронічним гепатитом С (ХГС). Методи: Дослідження проводили у 68 осіб із ХГС, яких поділили на дві групи. У основній групі (37 осіб) до схеми лікування захворювань пародонта додатково вводили фізіотерапевтичні процедури у вигляді електрофорезу ербісолу з аноду (+) на ясна курсом 20 днів. В групі порівняння (31 особа) застосовували загальноприйняте лікування. Зміни вмісту прозапальних цитокінів TNF- α та IL-6 визначали через 1, 6 і 12-18 місяців після лікування. Вивчення імунологічних параметрів здійснювали методом імуноферментного аналізу (ІФА). Результати: У ротовій рідині динаміка вмісту TNF- α у пацієнтів обох груп вірогідно відрізняється: при базовій терапії ЗП під час ПВТ показник знижується в 1,87 раза за 12-18 місяців, а при запропонованій схемі комплексного лікування ЗП під час ПВТ — у 2,78 раза. Дослідження динаміки вмісту IL-6 у ротовій рідині теж свідчить про позитивний вплив розробленої терапії ЗП на тлі загального противірусного лікування. Рівень IL-6 у ротовій рідині у пацієнтів основної групи протягом 18 місяців знизився в 2,59 раза, а у пацієнтів групи порівняння — в 1,55 раза. Відмінності між показниками у групах дослідження були достовірними ($p < 0,05$). Висновки: Введення до схеми комплексного лікування ЗП хворих із ХГС електрофорезу ербісолу підвищує ефективність лікувально-профілактичних заходів для цієї категорії осіб. Це підтверджується достовірним зниженням прозапальних цитокінів TNF- α та IL-6 у ротовій рідині на етапах лікування хвороб пародонта.

Ключові слова: захворювання пародонта, хронічний гепатит С, прозапальні цитокіни.

Список використаної літератури

1. Deo V. Pathogenesis of periodontitis: role of cytokines in host response / V. Deo, M.L. Bhongade // *Dentistry Today*. — 2010. — № 29. — P. 60-62.
2. Relationship between periodontitis and hepatic abnormalities in young adults / M. Futura, D. Ekuni, T. Yamamoto [et al.] // *Acta Odontol. Scand.* — 2010. — № 1. — P. 27-33.
3. Дзєман Н.А. Загальноадаптивні реакції організму та стан стоматологічного здоров'я у хворих на вірусний гепатит С / Н.А. Дзєман // *Соврем. стоматология*. — 2012. — № 1. — С. 35-37.
4. Борисенко А.В. Досвід загального та місцевого застосування ербісолу в комплексному ліванні хворих на генералізований пародонтит / А.В. Борисенко, Н.А. Дзєман // *Матеріали I [VIII] з'їзду Асоціації стоматологів України*. — Київ, 1999. — С. 175-176.
5. Борисенко А.В. Застосування препарату ербісол у комплексному ліванні хворих на генералізований пародонтит / А.В. Борисенко, Н.А. Дзєман // *Вісник стоматології*. — 1997. — № 1. — С. 68-72.

УДК: 616.314.77: 615.24

Іщенко П.В., к.мед.н., Авдусенко М.В., ас., Богданова Т.Л., к.мед.н.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,
Красний Лиман**Аналіз дії адгезивних засобів при повному знімному протезуванні**

Мета: Порівняти якість фіксації повних знімних протезів у пацієнтів, що використовують адгезивний крем Corega на різних

етапах користування протезом і без додаткових коштів. Методи: Дослідження проводили в групі 30 осіб (16 чоловіків і 14 жінок), які вперше використовують повні знімні протези на верхню щелепу. З метою оцінювання якості фіксації протеза, пацієнтам запропонували пережувати 5 ядер смаженого арахісу до появи ковтального рефлексу і проковтнути. Отримані показники розглядали як групу «контролю», де жування відбувалося без крему, і групу «порівняння», де пацієнти використовували крем Corega. Дослідження проводили на момент виготовлення конструкцій, а також через 6 і 12 місяців застосування знімних протезів. Вимірювання досліджуваних площ проводили візуально — накладали міліметрову сітку на протез і обчислювали відношення пропускання відношення числа «засмічених» клітинок до загальної кількості клітинок міліметрової сітки, що закриває протез повністю і визначали загальну площу протеза, а також аналітичним способом — на цифровій фотографії протеза за допомогою спеціальних обчислювальних можливостей автоматизованої системи проектування AutoCAD обчислювали площу «засмічених» ділянок і загальну площу протеза. Результати: На момент початку дослідження відсоток потрапляння їжі під повний знімний протез при використанні крему Corega становив 3,77%, через 6 місяців — 6,26%, через 12 місяців — 6,57%; без застосування адгезивного засобу — 11,15%, 16,29%, 20,65% відповідно. Отже, в групі порівняння знизена кількість потрапляння їжі під знімний протез порівняно з контрольною групою на момент початку дослідження, через 6 і 12 місяців на 7,38%, 10,03% і 14,08% відповідно. Висновки: Отримані результати повною мірою підтверджують необхідність і переваги застосування фіксуючого крему Corega для досягнення оптимального рівня комфорту, фіксації та стабілізації повного знімного пластинчастого протеза в порожнині рота.

Ключові слова: адгезивний засіб, повний знімний протез, крем Corega.

Список використаної літератури

1. Цимбалістов А.В. Оцінка адаптивних можливостей больных с патологией зубочелюстного аппарата различного генеза /А.В. Цимбалістов, Т.А. Лопушанская, Ю.А. Гуторов [и др.] // Актуальные проблемы стоматологии: Мат. вчерас. науч.-практ. конф. 22-25 апр. 2008 г. — М., 2008. — С.148-149.
2. Заблоцький Я.В. Поширеність та структура дефектів зубних рядів у населення м. Львова та Львівської області / Я.В. Заблоцький, Н.М. Дидик // Вісник стоматології, 2005. — №4. — С.77 — 86.
3. Воронов А.П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов/ Лебеденко И.Ю., Воронов И.А. // Учебное пособие. — М.: МЕДпресс — информ, 2006. — С. 320
4. Slaughter, A. Professional attitudes toward denture adhesives: A Delphi technique survey of academic prosthodontists/A. Slaughter. R.V. Katz// J. of prosthetic. Dentistry, 1999.— Vol.82. №1.— P. 80—89

УДК 616-079.1

Іценко П.В.¹, доц., Борисенко А.В.², проф., Вільчик А.А.³, лікар-стоматолог

¹Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

³Стоматологічний центр (Польща)

Визначення виживання ортопедичних конструкцій за допомогою флоуметрії

Мета: Оптимізація і підвищення ефективності ортопедичного лікування пацієнтів з генералізованим пародонтитом на стадії ремісії з дефектами зубних рядів і без них з використанням знімних і незнімних ортопедичних конструкцій у вигляді запропонованих шин і ортопедичних пристроїв. Методи: Ортопедичне лікування запропонованими ортопедичними конструкціями проводили за допомогою методу лазерної доплерівської флоуметрії на апараті Toshiba з використанням датчика Arlio

MX. Досліджували кровоток у спровокованій ділянці за показниками Peak systolic velocity (Psv) і Resistivity Index (RI) в трьох групах. Вимірювання проводили відразу після встановлення конструкції, через 6, 12 і 18 місяців. Результати: На підставі проведеної роботи доведена клінічна ефективність і переваги запропонованих конструкцій шин і дентальних імплантатів при протезуванні стоматологічних хворих на генералізований пародонтит на стадії ремісії. У досліджуваній групі без дефектів зубного ряду поліпшення становило у відсотковому співвідношенні за 18 місяців дослідження щодо зниження індексу RI: було краще ($p < 0,001$), ніж група контролю, в середньому, на $7,2 \pm 1,3\%$, щодо підвищення показника Psv: було краще ($p < 0,001$), ніж група контролю, в середньому, на $6,5 \pm 1,3\%$. З дефектами зубного ряду з мостоподібними протезами і заявленими шинами в групі дослідження щодо зниження індексу RI: було краще ($p < 0,001$), ніж група контролю, в середньому, на $7,6 \pm 1,6\%$, щодо підвищення показника Psv: було краще ($p < 0,001$), ніж група контролю, в середньому, на $6,5 \pm 1,3\%$. З дефектами зубного ряду і імплантатами стосовно зниження індексу RI було краще ($p < 0,001$), ніж у групі контролю, в середньому, на $5,4 \pm 1,2\%$, щодо підвищення показника Psv: було краще ($p < 0,001$), ніж група контролю, в середньому, на $6,1 \pm 1,3\%$. Висновки: Результати ортопедичного лікування близько двохсот пацієнтів показали перевагу запропонованих шин і дентальних імплантатів при відновленні цілісності зубних рядів, тривалого функціонування та пролонгованої ремісії.

Ключові слова: лазерна доплерівська флоуметрія, дентальні імплантати, зубні шини, гемодинаміка пародонта, генералізований пародонтит.

Список використаної літератури

1. Куропаткина А.И., Сидорова В.В. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови. — М.: Медицина, 2005. — 256с.
2. Кречина Е.К. Определение микроциркуляции в тканях пародонта с использованием метода лазерной и ультразвуковой доплерометрии: /Е.К. Кречина, В.С. Маслова, Э.Н. Рахимова. — М.: Медицина, 2008. — 19 с.
3. Іценко П.В., Кльомін В.А., Авдусенко М.В. Особенности изготовления пародонтальных шин из современных материалов. Питання експериментальної та клінічної медицини. — Д.: 2010. — Вып. 14, Том 1. — С. 308–310.
4. Іценко П.В., Вільчик А.А. Плечевые мостовидные протезы. Современная стоматология. — Киев. — 2014. — №2. — С. 102–103.
5. Іценко П.В. Использование плечевых конструкций мостовидных протезов при субпериостальной имплантации. Дентальная имплантация и хирургия. М. — 2014. — № 3(16). — С. 15–17.
6. Іценко П.В. Кльомін В.А., Вольваков В.В. Зубний імплантат Декларативний патент на корисну модель № 25356 А61С8/00, заявл. 03.03.2007, опубл. 10.08.2007. Бюл. № 12.
7. Іценко П.В., Кльомін В.А., Кашанський І.В., Кочергіна Ю.Г., Ненкова О.Г., Неледва В.В. Зубний субпериостальний імплантат. Декларативний патент на корисну модель № 44942 А61С8/00, заявл. 06.04.2009, опубл. 26.10.2009. Бюл. № 20.
8. Іценко П.В., Кльомін В.А., Неледва В.В., Ненкова О.Г., Кочергіна Ю.Г. Зубний субпериостальний імплантат. Декларативний патент на корисну модель № 44943 А61С8/00, заявл. 06.04.2009, опубл. 26.10.2009. Бюл. № 20.
9. Іценко П.В., Кльомін В.А. Суцільна знімна зубна шина. Декларативний патент на корисну модель № 49994 А61С8/02, заявл. 19.10.2009, опубл. 25.05.2010. Бюл. № 10.
10. Іценко П.В., Кльомін В.А. Незнімна зубна шина. Декларативний патент на корисну модель № 49995 А61С8/02, заявл. 19.10.2009, опубл. 25.05.2010. Бюл. № 10.
11. Іценко П.В., Кльомін В.А. Зубна шина. Декларативний патент на корисну модель № 49996 А61С8/02, заявл. 19.10.2009, опубл. 25.05.2010. Бюл. № 10.
12. Іценко П.В., Кльомін В.А., Гаврилов О.Е. Зубна шина. Декларативний патент на корисну модель № 49999 А61С8/02, заявл. 19.10.2009, опубл. 25.05.2010. Бюл. № 10.
13. Іценко П.В., Кльомін В.А., Гаврилов О.Е. Зубний імплантат.

Деклараційний патент на корисну модель № 51497A61C8/00, заявл. 19.10.2009, опубл. 26.07.2010. Бюл. № 14.

14. Іщенко П.В., Кльомін В.А., Комлев А.А., Мігільова Є.В., Ларічева Т.С. Зубний імплантат. Деклараційний патент на корисну модель № 65980A61C8/00, заявл. 11.04.2011, опубл. 26.12.2011. Бюл. № 24.
15. Іщенко П.В., Кльомін В.А., Хондошко М.В. Зубна шина. Деклараційний патент на корисну модель № 72812A61C8/02, заявл. 05.03.2012, опубл. 27.08.2012. Бюл. № 16.
16. Іщенко П.В., Кльомін В.А., Кашанський І.В. Зубний імплантат. Деклараційний патент на корисну модель № 72813A61C8/02, заявл. 05.03.2012, опубл. 27.08.2012. Бюл. № 16.
17. Іщенко П.В., Кльомін В.А., Кашанський І.В., Ларічева Т.С. Зубна шина. Деклараційний патент на корисну модель № 79037A61C8/02, заявл. 01.10.2012, опубл. 10.04.2013. Бюл. № 7.

УДК: 616.742.7-08:616.314.26

Кадушкевич Б.В., студент

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Новий спосіб тренування жувальних м'язів в інтерактивному відеосередовищі

Мета: Розпрацювати спосіб тренування жувальних м'язів у пацієнтів у формі інтерактивної гри для кращого заохочення до виконання вправ. Методи: Пошук літератури проводився з метою виявлення і аналізу досліджень, які вивчали використання комп'ютерних технологій як мотиваційних інструментів для гри з метою сприяння навчанню дітей та пацієнтів різного віку. Результати: Для синхронізації виконання міогімнастичних вправ з відеогрою розроблена позаротова конструкція. До неї фіксують дугу зі сенсором, який контролює положення нижньої щелепи. При правильному виконанні міогімнастичної вправи сенсор опрацює дані і відтворює рухи щелеп на комп'ютері. Надалі дані з сенсорів опрацюються і відтворюються на комп'ютері. Ці дані можна використати для створення комп'ютерних програм, які будуть зацікавлювати, оцінювати і контролювати виконання вправ жувальними м'язами. Висновки: Для досягнення позитивного результату стоматологічного лікування важливе значення має активна співпраця пацієнта. Розвинений метод тренування жувальних м'язів за допомогою комп'ютерних технологій повинен бути ефективним мотиваційним інструментом для покращення стоматологічного лікування. Занурення у віртуальну реальність дозволяє підтримувати достатній рівень мотивації до проведення регулярних тренувань. Водночас у стоматології віртуальна реальність могла б також слугувати ефективним доповненням до тренувань м'язів обличчя та жувальних м'язів.

Ключові слова: тренування м'язів, навчання, інтерактивні ігри.

УДК: 355.724-048.34:616.34(477)(043.3)

Коваленко В.В., доц., Лицишин М.З., гол. стоматолог МО України

Українська військово-медична академія

Центральна стоматологічна поліклініка Міністерства оборони України

Особливості організації стоматологічної допомоги в зоні проведення антитерористичної операції на Сході України

Мета: Оцінити стан системи організації стоматологічної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в бойових діях на Сході України. Методи: Для вивчення стану стоматологічної допомоги військовослужбовцям безпосередньо в зоні проведення АТО використовували: системний аналіз, бібліосемантичний, епідеміологічний та статистичний методи, експертне оцінювання ефективності створеної моделі. Результати: З по-

чатком бойових дій на території Донецької та Луганської областей, стоматологічна служба Збройних Сил України зіштовхнулася з низкою проблем, що негативно впливають на якість медичної допомоги військовослужбовцям з захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Це такі проблеми: кадрові та матеріально-технічна некомплектність медичних підрозділів військової ланки, вкрай висока стоматологічна захворюваність мобілізованого контингенту, неузгодженість в діях військових та цивільних стоматологічних закладів та специфічні умови ведення так званої «гібридної» війни на Сході України. Для вирішення вищезгаданих проблем у зону АТО були введені позаштатні мобільні стоматологічні кабінети, підсилені стоматологічні підрозділи військових мобільних госпіталів, налагоджена взаємодія з цивільними стоматологічними закладами та волонтерськими організаціями. Висновки: Створена модель надання стоматологічної допомоги в зоні проведення антитерористичної операції на Сході України дозволила нормалізувати та покращити якість медичної допомоги військовослужбовцям з ушкодженнями та захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Ключові слова: стоматологічна допомога, військовослужбовці, антитерористична операція.

Список використаної літератури

1. Вrabіє В.І. Роль та місце пересувних стоматологічних кабінетів в умовах ведення бойових дій на Сході України / В.І. Вrabіє, О.В. Варченко, В.В. Коваленко // *Новини стоматології*, 2014. — № 4 (85). — С. 102.
2. Коваленко В.В. Організація медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на догоспітальних рівнях її надання / В.В. Коваленко, І.В. Федірко // *Новини стоматології*, 2014. — № 4 (85). — С. 112.
3. Коваленко В.В. Організація стоматологічного забезпечення військовослужбовців в польових умовах (на досвіді проведення АТО): методичні рекомендації / В.В. Коваленко. — К.: УВМА, 36 с.
4. Лихота А.М. Сучасні принципи надання медичної допомоги та спеціалізованого лікування поранених в щелепно-лицьову ділянку / А.М. Лихота, В.В. Коваленко // *Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал*. — 2015. — №1-2(5-6). — С. 44-49.
5. Лицишин М.З. Стан та перспективи розвитку стоматологічної допомоги військовослужбовцям у зоні проведення бойових дій на Сході України / М.З. Лицишин, А.М. Лихота, В.В. Коваленко // *Новини стоматології*, 2014. — № 4 (85). — С. 116.
6. Стан стоматологічної допомоги військовослужбовцям в зоні проведення антитерористичної операції на Сході України / А.М. Лихота, В.В. Коваленко, М.З. Лицишин, І.В. Федірко // *Військова медицина України*. — 2015. — Т. 15. — №1. — С. 30-35.

УДК: 616.314-001-053.2-06

Ковтун Т.О., ас.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Причинно-наслідкові механізми розвитку ускладнень після травм тимчасових (ТЗ) та постійних (ПЗ) зубів у дітей

Мета: Вивчити причинно-наслідкові механізми розвитку ускладнень після травм тимчасових та постійних зубів у дітей для запобігання розвитку вторинних зубощелепних деформацій. Методи: Проведений ретроспективний аналіз 1147 історій хвороб дітей з травмами кісток щелепно-лицевої ділянки та зубів, які знаходились на лікуванні в клініці кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ім. О.О. Богомольця з 2009 по 2016 роки за розробленою картою обстеження. Результати: При збіжності напрямку сили удару з поздовжньою віссю зуба виникає впроваджений вивих. Такі травми спостерігалися в 15% випадків досліджуваних дітей. При цьому найбільших ушкоджень зазнають кісткові структури альвеоли — 65% випадків та судинно-нервовий пучок — 30%. Залежно від глибини занурення травмованого ТЗ в

альвеолу та ступеня розсмоктування його кореня, визначають тяжкість пошкодження зародка ПЗ. Так, у 5% при впровадженню вивиху травмується фолікул ПЗ. Повні вивихи траплялися у 16% дітей у разі удару, спрямованого перпендикулярно до поздовжньої осі зуба. Частіше уражались різці верхньої щелепи — 96%, що зумовлене формою їх кореня. При такому виді травми судинно-нервовий пучок повністю розривався, травмувалися ясна, однак кісткові структури альвеоли не завжди уражувалися. Неповний вивих зуба спостерігався в 57% при напрямку удару під кутом до поздовжньої осі зуба та призводив до зміщення травмованого зуба в трансверзальній площині та у сагітальному напрямку. При цьому виді травми відбувалася зміна положення зуба у вестибулярному напрямку — у 56%, у бік порожнини рота — в 38%. При такому виді травми найбільше ушкоджуються м'які тканини зубоцесного краю та кісткові структури альвеоли — вестибулярна або оральна стінка. При цьому виникає її перелом або повна втрата і надмірний розтяг судинно-нервового пучка. Зміщення зуба в трансверзальній площині відзначали всього в 0,1% випадків — тільки тоді, коли був відсутній суміжний зуб. У цих випадках, коли суміжні зуби збережені, спостерігаються відбиті пошкодження судинно-нервових пучків в них, що призводить до травматичного періодонтиту. Наслідками травматичних ушкоджень ПЗ з несформованими коренями найчастіше було припинення формування апексу кореня, надалі спостерігалось його часткове розсмоктування. Висновки: Вивчення причинно-наслідкових механізмів ураження ТЗ та ПЗ уможливило проведення профілактичних заходів щодо запобігання розвитку вторинних зубоальвеолярних деформацій.

Ключові слова: травми зубів у дітей, тимчасові зуби, постійні зуби, зубощелепні деформації, м'які тканини, альвеола, кісткові структури.

Список використаної літератури

1. Єфименко В.П. Аналіз архівного матеріалу клініки кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ за 2006-2010 рр. // *Современная стоматология*. — 2011. — №4. — С. 76-79.
2. Мартьянов И.Н. Лечение травматических вывихов зубов постоянного прикуса у детей: автореф. дисс. ... на соиск. учёной степени к.мед.н., СПб., 2005.
3. Ebeleseder K.A. Последствия травмы зубов / K.A. Ebeleseder, K. Glockner // *Квинтэссенция*. — 2000. — №3. — С. 66-68.
4. *Oral and dental trauma in children and adolescents*/G. Roberts; B. Scheer-Oxford ; New York : Oxford University Press, 2010, 2. ed.
5. T. von Arx. Травматология молочных зубов. Клинические, диагностические и терапевтические аспекты // *Квинтэссенция*. — 2000. — №3. — С. 53-64.
6. Prevalence of dental trauma in deciduous teeth of Brazilian children./ JM Ferreira; Fernandes de Andrade EM; CR Katz; A Rosenblatt // *Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology*, 2009 Apr; 25(2): 219-23.
7. *Traumatic Dental Injuries : a Manual* / J.O. Andreasen; L.K. Bakland; M.T. Flores; F.M. Andreasen; L. Andersson- Hoboken: John Wiley&Sons, 2011.
8. Weiger R., Kalwitzki M., Löst C. Вывихнутый зуб// *Квинтэссенция*. — 2000. — № 3. — С. 39-51.
9. *Dental trauma guide: A source of evidence-based treatment guidelines of dental trauma*/ J.O. Andreasen, E. Lauridsen, T.A. Gerds, S.S.Ahrensburg // *Dental Traumatology*, v 28, n 2 (April 2012): 142-147.
10. *Dental trauma in children and young adults visiting a University Dental Clinic* / Ivancic Jokic ND Bakarcic; V Fugosic; M Majstorovic; I Skrinjaric // *Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology*, 2009 Feb; 25(1): 84-7.
11. Ebeleseder K.A. Диагностика травмы зубов. Первичное обследование и типы поврежденных / K.A. Ebeleseder, K. Glockner // *Квинтэссенция*. — 2000. — №3. С. 12-15.

УДК: 616-091:616.516:616.311

Коленко Ю.Г., доц.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Імуногістохімічні маркери в діагностиці передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота

Мета: Вивчення проліферативної активності епітеліоцитів за експресією антигену Ki-67 у хворих з передраковими захворюваннями слизової оболонки порожнини рота. Методи: Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 187 пацієнтів, передракові захворювання виявлено в осіб віком від 25 до 70 років. Було проведено патогістологічне та імуногістохімічне дослідження тканини слизової оболонки порожнини рота з вогнищ ураження. Результати: При комплексному клініко-лабораторному дослідженні 187 пацієнтів, у 103 (55,08%) спостерігалася лейкоплакія і у 84 (44,92%) — червоний плоский лишай. В слизовій оболонці порожнини рота відзначалися порушення процесів зроговіння, проліферації і диференціювання епітеліоцитів. Проліферативний потенціал епітеліоцитів слизової оболонки порожнини рота за експресією антигену Ki-67, якісно і кількісно відрізнявся у пацієнтів контрольної групи (здорові особи без патологістологічних ознак запалення слизової оболонки щоки) і хворих на передракові захворювання слизової оболонки порожнини рота. Висновки: Проведене імуногістохімічне дослідження проліферативної активності епітеліоцитів слизової оболонки порожнини рота виявило достовірне підвищення відсоткового вмісту Ki-67 позитивно забарвлених ядер у хворих з передраковими захворюваннями слизової оболонки порожнини рота.

Ключові слова: передракові захворювання, проліферативна активність, епітеліоцити, антиген Ki-67, слизова оболонка порожнини рота.

Список використаної літератури

1. Белёва Н.С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 2010. — 26 с.
2. Белёва Н.С., Либик Т.В. Факторы системного риска у больных с проявлениями красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // *Материалы Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых*. — Пермь, 2009. — С. 191-194.
3. Петров С.В., Райхлин Н.Т. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека. — Казань, 2004. — 452 с.
4. Соловьев М.М. Рак слизистой оболочки полости рта и языка (резервы улучшения результатов лечения) // *Практическая онкология*. — 2003. — Т. 4, №1. — С. 42.
5. Филюрин М.Д. Комплексная диагностика предрака красной каймы губ и слизистой оболочки рта и ее значение для клинической практики: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Омск, 1994. — 28 с.
6. Фомина Ю.В. Диагностика доброкачественных и неопластических заболеваний слизистой оболочки полости рта с использованием оптических методов: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Н. Новгород, 2003. — 24 с.
7. Фомина Ю.В., Гажва С.И. Оптическая когерентная томография в диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта // *Приложение к НМЖ. Стоматология*. — 2003. — С. 122.
8. Харченко В.П. Малоинвазивные вмешательства под УЗИ контролем в клинике внутренних болезней. — Смоленск, 2005. — 192 с.
9. Acay R.R., Felizzola C.R. Evaluation of proliferative potential in oral lichen planus and oral lichenoid lesions using immunohistochemical expression of p53 and Ki67 // *Oral Oncol*. — 2006. — Vol. 42, № 5. — P. 475-480.
10. Breiteneder Gelefs S. et al. Angiosarcomas express mixed endothelial phenotypes of blood and lymphatic capillaries // *Am. J. Pathol*. — 1999. — Vol. 154. — P. 385-394.
11. Doerschuk C., Allard M., Martin B. et. al. Marginated Pool of

Neutrophils in Rabbit Lungs // J. Appl. Physiol. — 1987. — № 63. — P. 1806–1815.

12. Ebrahimi M., Boldrup L. Expression of novel p53 isoforms in oral lichen planus // *Oral Oncol.* — 2008. — Vol. 44, № 2. — P. 156–61.
13. Ebrahimi M., Boldrup L., Wahlin Y.B. Decreased expression of the p63 related proteins beta-catenin, E-cadherin and EGFR in oral lichen planus // *Oral. Oncol.* — 2008. — Vol. 44, № 7. — P. 634–638.
14. Murti P.R. P53 expression in oral precancer as a marker for malignant potential // *J. of Oral Pathology & Medicine.* — 1998. — Vol. 27, № 5. — P. 191–196.
15. De Sousa F.A., Paradella T.C., Carvalho Y.R. Comparative analysis of the expression of proliferating cell nuclear antigen, p53, bax, and bcl-2 in oral lichen planus and oral squamous cell carcinoma // *Annals of Diagnostic Pathology.* — 2009. — Vol. 13, № 5. — P. 308–312.

УДК: [616.314+616.742]-007:616.314.5

Куредова В.Д., д.мед.н., проф., Стасюк О.А., к.мед.н., ас.,
Виженко Є.Є., к.мед.н., ас.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Вплив зародків третіх молярів на розвиток аномалій зубощелепної системи

Мета: Виявити вплив наявності третіх молярів (ТМ) на формування аномалій зубощелепної системи (Шта ІІ2 класів за Енгле) у пацієнтів різних вікових груп. Ці дані допомагають визначити тактику щодо третіх молярів та загальний план лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів із дистальним прикусом. Методи: Проаналізовано 49 ортопантомограм (ОПТГ) пацієнтів із дистальним прикусом та поділено на дві групи: чоловіки — 38,7%, жінки — 61,3%. Результати: Перші рентгенологічні ознаки третіх молярів виявлені у хлопчиків віком 9 років та дівчаток 7,6 років. Аденція третіх молярів на обох щелепах спостерігалася тільки в одного пацієнта (2,7%) старше 14 років. У жінок наявність усіх верхніх і нижніх третіх молярів та їх зародків встановили в 77,27%, лише на верхній щелепі (ВЩ) в 13,64%, тільки на нижній щелепі (НЩ) — у 9,09%. У більшості чоловіків були верхні (ВТМ) і нижні треті моляри (НТМ) (86,67%), тільки на ВЩ спостерігали в 1 пацієнта (6,66%). Висновки: За результатами проведених досліджень встановлено, що середні показники стадії формування третіх молярів як у жінок, так і чоловіків на ВЩ випереджають у розвитку ТМ на НЩ. Ці дані потребують індивідуального підходу до стратегії лікування, особливо за умов нормального розташування НТМ, оскільки їх прорізування є стимулюючим фактором росту нижньої щелепи у пацієнтів із дистальним прикусом.

Ключові слова: дистальний прикус, зубощелепна аномалія, треті моляри.

Список використаної літератури

1. Хорошилкина Ф.Я., Точилина Т.А. Особенности закладки и формирования постоянных зубов. — М.: ЦОЛИУВ, 1982. — 17 с.
2. Гришина Е.Б., Слабковская А.Б. Развитие постоянных нижних моляров // *Ортодент-инфо* — 2004. — № 1. — С. 2–5.
3. Салах С.М. Темейза А.П. Третьи моляры — возможные источники осложнений // *Салах С.М. Темейза, А.П. Романовская // Таврический медико-биологический вестник.* — 2010. — №4. — С. 164–166.

УДК: 617-089 + 616-089.843

Лицишин М.З., Пономаренко В.О., Белявцев В.В., Кінчур М.І.
Центральна стоматологічна поліклініка Міністерства оборони України, Київ

Стоматологічні заходи в комплексі медичної реабілітації учасників бойових дій на Сході України

Мета: Покращити якість стоматологічної допомоги в комплексі

заходів медичної реабілітації учасників бойових дій на Сході України. Методи: Дослідження проводили у 376 учасників бойових дій на Сході України, які отримали комплексну стоматологічну допомогу в Центральній стоматологічній поліклініці МО України. Для заміщення вторинних дефектів зубних рядів у 81 ветерана застосували метод дентальної імплантації. Результати: Більшість ветеранів бойових дій на Сході України потребують сучасної якісної стоматологічної допомоги, а близько третини із них — зубного протезування. Для відновлення функції жування у цих пацієнтів успішно використовуються сучасні ортопедичні конструкції з опорою на дентальні імплантати. Кількість військовослужбовців-учасників АТО, які потребують дентальної імплантації, постійно зростає. Розробили класифікацію показань до дентальної імплантації у військовослужбовців за соціальними та клінічними параметрами. Використання цієї робочої класифікації дозволяє регулювати потік військовослужбовців при плануванні проведення дентальної імплантації. Висновки: Для забезпечення сучасної медичної реабілітації всіх учасників АТО з вторинною адентією необхідна загальнонаціональна програма, спрямована на впровадження дентальної імплантації в роботу державних стоматологічних закладів.

Ключові слова: дентальна імплантація, учасники бойових дій, медична реабілітація, антитерористична операція.

Список використаної літератури

1. Дентальна імплантація в комплексі медичної реабілітації пацієнтів з наслідками бойових пошкоджень ЩЛД / Р.Х. Камалов, В.В. Коваленко, І.С. Сухан, М.З. Лицишин // *Стоматологічна імплантація. Остеоінтеграція: матеріали V Українського міжнародного конгресу, 27–28 квітня 2012 р.* — К., 2012. — С. 56–59.
2. Лихота А.М. Дентальна імплантація в комплексі лікування військовослужбовців з вторинною адентією / А.М. Лихота, В.В. Коваленко // *Проблеми військової охорони здоров'я.* — *Збірник наукових праць УВМА.* — Вип. 41. — 2014. — С. 262–270.
3. Лихота А.М. Дентальна імплантація в комплексі медичної реабілітації військовослужбовців з вторинною адентією: методичні рекомендації / А.М. Лихота, В.В. Коваленко. — К.: УВМА, 2016. — 27 с.
4. Лихота А.М. Особливості медичної реабілітації учасників бойових дій з вторинною адентією / А.М. Лихота, В.В. Коваленко, М.З. Лицишин // *Проблеми військової охорони здоров'я: збірник наукових праць УВМА.* — Вип. 43. — 2015. — С. 217–225.
5. Особливості медичної реабілітації ветеранів з вторинною адентією / В.В. Коваленко, М.З. Лицишин, В.В. Белявцев [та ін.] // *Наукова конференція молодих вчених УВМА: Тези доповідей, 17–18 травня 2013 р.* — К., 2013. — С. 90–93.

УДК: 616.724-06:616.314-089.23]-07-08

Макєєв В.Ф., д.мед.н., проф., Риберт Ю.О., к.мед.н., доц.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Особливості діагностики та лікування скронево-нижньощелепних розладів у пацієнтів з ортодонтичною патологією

Мета: Визначення частоти комбінацій різних типів патології у дорослих ортодонтичних пацієнтів з м'язово-суглобовою дисфункцією, опрацювання лікувальних алгоритмів комплексної допомоги. Методи: Клінічне обстеження, ортопантомографія, зонографія скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС), ультрасонографія СНЩС, за показаннями магнітно-резонансна томографія СНЩС, електронна аксіографія. Вивчення оклюзійних співвідношень в артикуляторі, налаштованому на індивідуальну функцію. Результати: Із 175 пацієнтів, які звернулися за допомогою і у яких діагностували м'язово-суглобові дисфункції, виявлено 44 пацієнти (24,14%) з ортодонтичною патологією. Артропатії СНЩС виявлені у 17 пацієнтів (38,6%), з яких компресія біламінарної зони була у 2 пацієнтів (4,6%), зміщення ме-

ніска у 9 пацієнтів (20,5%), гіпермобільність у 3 пацієнтів (6,8%) та артрити також у 3 пацієнтів (6,8%). У пацієнтів з м'язово-суглобовою дисфункцією тільки ортодонтична патологія без поєднання з іншими патологічними станами порожнини рота виявлена у 31 пацієнта (70,5%). У інших пацієнтів супутньою патологією порожнини рота є «патологічне прорізування 3-х молярів» — 9 пацієнтів (20,46%). Серед інших патологій діагностовано «дефект зубного ряду», «ятрогенна патологія» та «патологічна стертість» по одному пацієнту, у трьох пацієнтів (6,81%) виявлено пародонтит I-II ступенів. При лікуванні пацієнтів використовували оклюзійну та сплїнт-лайн терапію, спрямовану на збереження центрального співвідношення щелеп. За необхідності, стабілізацію та відновлення функціональної оклюзії здійснювали ортопедичними конструкціями, виготовленими за CAD/CAM технологією. Висновки: Виявлені особливості стану зубощелепної системи у дорослих пацієнтів з ортодонтичною патологією, асоційованою з скронево-нижньощелепними розладами та іншими патологіями, вимагають виваженого підходу до діагностики та лікування, його послідовності та прогнозування очікуваного результату.

Ключові слова: ортодонтична патологія, скронево-нижньощелепні розлади.

Список використаної літератури

1. Патент України №79820 від 25.04.2013 р. Р.Ю. Пуць «Спосіб вправлення деформацій зубного ряду з метою корекції співвідношення зубних рядів при скронево-нижньощелепних розладах за допомогою індивідуально виготовлених ортодонтичних кап».
2. Неспрядько В.П. Суглобовий фактор при ортодонтичному лікуванні: матеріали Міжнар. конф. «Актуальні проблеми ортодонції» / В.П. Неспрядько, М.С. Дрогомирецька, Ю.В. Клітинський. — Львів: ДООО. — 2010. — С.48-50.
3. Рибалов О.В. Виникнення нестабільності СНЩС під час ортодонтичного лікування зубощелепних аномалій / О.В.Рибалов, Л.В. Смаглюк // Український стоматологічний альманах. — 2005. - №3. — С.68-70.
4. Чжу Вей Вей. Взаємозв'язок м'язово-суглобової дисфункції та оклюзійних співвідношень після ортодонтичного лікування у пацієнтів з патологією II класу 1-го та 2-го підкласів за Енглем / Вей Вей Чжу // Новини стоматології. — 2011. - №2. — С. 64-66.
5. Michelotti A. The role of orthodontics in temporomandibular disorders / A. Michelotti, G. Iodice // J. Oral. Rehabil. — 2010. - № 9. — P. 95-97.

УДК: 616.314.17-008.1-031.81-085

Маснік І.С., асп.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Клініко-лабораторне обґрунтування використання озону в ендодонтії

Мета: Вивчити ефективність застосування озонованих розчинів в ендодонтичній практиці. Методи: Дослідження проведено на 13 однокореневих зубах, видалених з приводу хронічного періодонтиту. Інструментальна обробка виконували однаково у всіх групах зубів методикою Step-back за допомогою Н-файлів. Медикаментозна обробка була різною: у 4 зубах застосували стандартну методику — ЕДТА + 3% розчин гіпохлориту натрію, у 5 зубах — стандартну методику та ендоактиватор (EndoActivator, Densply), у 4 зубах — ЕДТА, озоновану дистильовану воду та ендоактиватор (EndoActivator, Densply). Оцінку якості обробки кореневих каналів проводили на поздовжніх шліфах досліджуваних зубів за допомогою скануючої електронної мікроскопії (SEM). Результати: Методика з використанням озонованої води та ендоактиватора показала найкращий ступінь очищення основного кореневого каналу та латеральних каналців, а при стандартній методиці виявлено залишки дентинних ошукрок на стінках кореневого каналу та заблоковані дентинними ошукроками

латеральні каналці. При стандартній методиці з ендоактиватором — очищений основний кореневий канал та заблоковані латеральні каналці. Висновки: Розроблена методика медико-інструментальної обробки кореневих каналів з використанням активованого озонованого розчину показала найвищий ступінь очищення кореневого каналу та системи латеральних каналців.

Ключові слова: періодонтит, медико-інструментальна обробка кореневих каналів, ендоактиватор, озонована дистильована вода, озон, скануюча електронна мікроскопія.

Список використаної літератури

1. Вивчення специфічної активності протимікробних лікарських засобів / Методичні рекомендації. — ДФЦ МОЗ України, протокол № 9 від 30.10.2003 року.
2. Доклінічні дослідження лікарських засобів / Методичні рекомендації. — Київ, 2001. — С. 371–396.
3. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология / А.И. Николаев, Л.М. Цепов — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 928 с.
4. Руководство по клиническим испытаниям лекарственных средств / [А.В. Стефанов [и др.]; под ред. А.В. Стефанова, В.И. Мальцева, Т.К. Ефимцевой]. — К.: Издательский дом Авиценна, 2001. — 425 с.
4. Тондий Л.Д. Методические рекомендации. Методики озонотерапии / Л.Д. Тондий, В.В. Ганичев. — Харьков, 2001. — 68 с.
5. Black-pigmented Bacteroides spp. in human apical periodontitis / [M. Naarasalo, H. Ranta, K. Ranta, H. Shah] // Infect Immun. 1986. — P. 149–153.
6. Filippi A. The influence of ozonized water on the epithelial wound healing process in the oral cavity / A. Filippi — International ozone association, 15-th World Congress., September 2001. — (London, UK).
7. Modulation of cutaneous wound healing by ozone: differences between young and aged mice/[Y.Lim [and others]] // Toxicol.Lett. — 2006. — P.160.
8. Ozone and its usage in general medicine and dentistry / [V.Seidler [and others]]. A review article // Prague Medical Report. — 2008.— P. 109.
9. Ozone therapy in medicine and dentistry/[C.Nogales [and others]]. A review article // Contemp. Dent. Pract. — 2008. — P. 75-84.
10. Laxman V. The use of ozonated water and 0.2% chlorhexidine in the treatment of periodontitis patients: a clinical and microbiological study. / V. Laxman, D. Kshitish // Indian J.Dent.Res. — 2010. — P. 341

УДК: 616.716.4-089.843:615.46

Міщенко О.Н.¹, доц., Погорєлов М.В.², проф.

¹Запорізький державний медичний університет

²Сумський державний університет

Наноструктурована поверхня імплантатів як фактор інтеграції м'яких тканин

Мета: Вивчення процесів інтеграції поверхні сплавів ZrO₂ і TiO₂, модифікованих методом лазерної абляції, після підшкірної імплантації. Методи: Експеримент проводили на базі Сумського державного університету після затвердження комісією з біомедичної етики (№ 14/06 на 14/06/2015). 36 лабораторних щурів, віком 8-9 місяців, були рандомізовані в 3 серії — контрольну (немодифіковані зразки) і 2 експериментальні (ZrO₂ і TiO₂). Сплави імплантували підшкірно на термін 10 і 30 днів, після чого проводили растрову електронну мікроскопію поверхні зразків. Результати: Використання лазерної абляції дозволило сформувати наноструктуровану смугастість поверхні зразків. Різні режими роботи лазера сприяли формуванню поверхні в 2-х розмірних діапазонах — до 100 нм і понад 100 нм. Після 10 і 30 днів підшкірної імплантації на поверхні контрольних зразків відсутні клітинні елементи і волокна. Це обумовлено відсутністю субстрату для адгезії, перш за все протенів крові і міжклітинної рідини в перші години після імплантації.

Численні дослідження показали, що наявність мікро- та наноструктур на поверхні імплантатів підсилюють адгезію білків, в тому числі молекул клітинної адгезії і факторів росту. Наші дослідження підтвердили, що наявність наноструктурних утворень на поверхні зразків сприяють адгезії клітин, перш за все фібробластів і формуванню сполучнотканинного каркаса на поверхні імплантатів. Висновки: Формування на наноструктурованій поверхні зразків фібрилярних структур доводить можливість стимуляції процесів інтеграції зразків з тканинами реципієнта.

УДК: 616.31.-092-084

Мялківський К.О., асп.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Поширеність і особливості розвитку захворювань маргінального пародонта в осіб молодого віку

Мета: Вивчити поширеність та особливості розвитку захворювань маргінального пародонта у осіб молодого віку. Методи: Обстежено 57 студентів НМУ ім. О.О. Богомольця, віком 19-23 роки. Оцінку проводили клінічно та за індексами: рівень гігієни — за індексами ОНІ-S та АРІ; запалення ясен — індекс РМА; кровоточивість ясен — РВІ. Гіперестезію твердих тканин зубів визначали за індексом інтенсивності (ІПГТТЗ) та розповсюдженості гіперестезії (ІРГТТЗ). Результати: Виявлена висока розповсюдженість захворювань пародонта — 93%, в тому числі у 96,2% — запальні захворювання. Клінічно діагностовано — хронічний катаральний гінгівіт у 77,4%, гіпертрофічний гінгівіт — у 7,5%, локалізований пародонтит — у 11,3%, і у 3,8% — генералізований пародонтит. Перші клінічні прояви захворювань пародонта були різними: кровоточивість ясен виявлена у 41,5%, у 34% — гіперестезія, а у 24,5% — комбіновані ураження (кровоточивість ясен і гіперестезія). Показник індексу РМА був у діапазоні від 15% до 47%, індекс РВІ від 23% до 68%, індекс ОНІ-S оцінювали як незадовільний (від 1,6 до 2,2). Індекс АРІ був у межах від 28% до 78%. Інтенсивність гіперчутливості зубів становила від 1,27 до 1,72 бала, ІРГТТЗ — від 19,5% до 28,6%. Висновки: Розповсюдженість захворювань пародонта в осіб молодого віку висока і сягає 93%. Захворювання маргінального пародонта проявляються складним симптомокомплексом: запаленням, кровоточивістю і гіперестезією. Висока розповсюдженість та особливості перебігу цих захворювань потребують розробки індивідуальних схем лікувально-профілактичних гігієнічних заходів. Ключові слова: маргінальний пародонт, індекси ОНІ-S та АРІ, РМА, РВІ, гіперестезія твердих тканин зубів.

Список використаної літератури

1. Антоненко М.Ю. Наукове обґрунтування сучасної стратегії профілактики захворювань пародонта в Україні автореф. дис. ... д-р. мед. наук: 14.01.21 / М.Ю. Антоненко; УМСА. — П., 2012. — 11 с.
2. Пародонтология. Гигиенические аспекты / Г.Ф. Вольф, Т.М. Хэссел. — Москва: МЕДпресс-информ, 2014. — С. 79-85.
3. Терапевтическая стоматология. Т.3. Заболевания пародонта / Данилевский Н.Ф. [и др.]; под ред. А.В. Борисенко. — Киев: ВСИ Медицина, 2013. — 616 с.
4. Clinical Practice of the Dental Hygienist // Charlotte j. Wyche—11th Ed. — 2013. — 428 p.
5. Clinical Practice of the Dental Hygienist // Ester M. Wilkins—11th Ed. — 2013. — 1175 p.
6. Dental Hygiene: theory and practice. — 3th Ed. — 2010. — 1297 p.
7. Green J.C., Vermillion J.R. The oral hygiene index: A method for classifying oral hygiene status // J. Am. Dent. Assoc. — 1960. — V. 61. — P. 172-175.
8. Green J.C., Vermillion J.R. The simplified oral hygiene index // J. Am. Dent. Assoc. — 1964. — V. 68. — P. 7-10.
9. Mühlemann H.R. Psychological and chemical mediators of gingival health // J. Prev. Dent. — 1977. — V. 4. — P. 6-9.

10. Parma C. Parodontopathien. — I.A. Verlag, Leipzig, 1960. — 203 p.
11. Addy M. Dentine hypersensitivity: new perspectives on an old problem // Int. Dent. J. — 2002. — № 5. — P. 367-375.

УДК: 616.314.004.67

Петришин О.А., к.мед.н., ас.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Лагодження композитних реставрацій – один із аспектів мінімально інвазійного лікування в терапевтичній стоматології

Мета: Провести оцінку потреби у лагодженні та/чи заміні попередніх реставрацій з композитних матеріалів, а також ефективності результатів лагодження. Методи: У дослідженні взяли участь 33 особи, віком 19-25 років, у яких під час планових оглядів виявлено дефекти попередніх реставрацій з композитних матеріалів у фронтальній групі зубів. Всіх пацієнтів до проведення втручання ретельно оглянули з метою оцінки попередніх реставрацій згідно з критеріями якості відновлень USPHS та розділили на чотири групи згідно з рекомендаціями J.C.Setcos та співавт. До першої групи ввійшли 9 осіб (27,3%), у котрих реставрації мали незначні недоліки, наприклад: шорсткість поверхні або наявність крайового забарвлення. Другу групу склали 11 (33,3%) пацієнтів з попередніми реставраціями, що мали нависаючі краї, особливо в пришийкових ділянках, незначні пори в поверхневих шарах, а також у сукупності з дефектами, характерними для відновлень у осіб першої групи. До третьої групи потрапили 10 (30,3%) пацієнтів з композитними відновленнями переважно з локалізованими недоліками, наприклад: зламами частини реставрації або частини емалі без значного ураження дентину. Четверта група була представлена 3 (9,1%) особами, реставрації котрих потребували негайної заміни, оскільки мали загальні або значні проблеми: наявність вторинного карієсу, втрата анатомічної форми зуба, чутливість зуба. Результати: У пацієнтів першої групи достатніми для відновлення естетичного стану реставрацій були процедури шліфування та полірування попередніх композитних відновлень. Реставрації у осіб другої групи потребували видалення нависаючих країв, реконтуровання поверхні, видалення ділянок крайового забарвлення з поверхні, включно з ущільненням пор і невеликих зазорів текучим композитом, з подальшим шліфуванням та поліруванням. Локалізовані недоліки попередніх реставрацій у пацієнтів третьої групи вимагали лагодження з додаванням нового реставраційного матеріалу відповідно до вимог адгезивної техніки, проте без ушкодження зуба. Лише у осіб четвертої групи проводили повне видалення попередніх відновлень, як правило, з більшою втратою структури зуба, оскільки вважали лагодження недоцільним. Спостереження за реставраціями після лагодження впродовж 12 місяців згідно з критеріями якості відновлень USPHS у 90,8% випадків не виявили погіршень стану відновлень. Лише в одного з пацієнтів третьої групи відбувся злам реставрації внаслідок гострої травми зуба. Висновки: Переваги лагодження реставрацій, а не заміни відновлень, є такими: збереження структури зуба; зниження потенційно шкідливого впливу на пульпу зуба; немає необхідності в проведенні місцевої анестезії, за умови, якщо лагодження не є значним за обсягом; зниження ризику ятрогенного пошкодження суміжних зубів; скорочення часу обробки; зниження витрат; збільшення тривалості функціонування реставрацій; уповільнення «restorative death spiral».

Ключові слова: лагодження реставрацій з композитних матеріалів, мінімально інвазійне лікування.

Список використаної літератури

1. Frankenberger Roland. What is the minimally cariology? Programme Annual Word Dental Congress. 7-10 september 2016. — Poznań, Poland. — P.117.

2. Setcos JC, Khosravi R, Wilson NH, Shen C, Yang M, Mjör IA. Repair or replacement of amalgam restorations: decisions at a USA and a UK dental school. *Oper Dent.* 2004;29(4):392–397.
3. Blum IR. The management of failing direct composite restorations: replace or repair? In: Lynch CD, Brunton PA, Wilson NHF, editors. *Successful Posterior Composites.* London, UK: Quintessence Publishing Company; 2008.
4. Blum IR, Jagger DC, Wilson NHF. Defective dental restorations: to repair or not to repair? Part 1: direct composite restorations. *Dent Update.* 2011;38(2):78–80. 82–84.
5. Hickel R, Brühaver K, Ilie N. Repair of restorations – criteria for decision making and clinical recommendations. *Dent Mater.* 2013;29(1):28–50.

УДК: 616.7-57.002.1-07

Погорелов М.В.¹, проф., Калінкевич О.В.², н.с., Міщенко О.М.³, доц.

¹Сумський державний університет

²Інститут прикладної фізики, Суми

³Запорізький державний медичний університет

Наноструктурований композитний біоінтеграційний матеріал для пластики кісткових дефектів — доклінічні випробування

Мета: Дослідити фізико-хімічні та структурні властивості, а також оцінити реакцію кісткового регенерату на імплантацію нового остеопластичного матеріалу хітозан-гідроксиапатит/трикальційфосфат (хітозан-ГАП/ТКФ). Методи: Для синтезу експериментальних зразків використовували 3% розчин хітозану (200 кДа) з додаванням 0,63М Н₃Р₀₄ та 1М Са(ОН)₂. Після перемішування та старіння, висушування розчину відбувалось при температурі -200 °С з подальшим подрібненням до гранул розміром 0,2-0,5 мм. Для оцінки фізико-хімічних властивостей проводили дослідження матеріалу за допомогою растрової електронної мікроскопії, рентгенівської дифракції, а також гравіметрії після інкубації зразків у модельних розчинах (цитратний буфер (рН-3,0), трис-буфер (рН-7,4), фізіологічний розчин та simulated body fluid (SBF)). Дослідження ефективності використання матеріалу проводили на моделі дірчастого дефекту великогомілкової кістки. Результати: Для дослідження були відібрані гранули хітозан-ГАП/ТКФ розміром 0,2-05 мм. Рентгенівська дифракція дозволила виявити наявність 2-х неорганічних фаз — ГАП та ТКФ у співвідношенні 64/36%. Растрова електронна мікроскопія показала наявність пор, які утворилися внаслідок холодової обробки. Основний розмір пор знаходився в діапазоні 10–50 мкм, проте траплялись поодинокі пори розміром 150-200 мкм. Розчинність зразків у модельних розчинах залежала від рН, іонного складу та була найбільшою у цитратному буфері (рН-3,0) та SBF, який за іонним складом є найбільш наближеним до складу крові. Дослідження регенерату великогомілкової кістки показало міграцію клітин крові та кісткового мозку в пори імплантату через 7 днів після операції. В цей самий термін спостерігається розвиток грануляційної тканини навколо зразків та формування судин, частина яких проникає у великі пори матеріалу. Через 14 днів відзначали початок резорбції хітозан-ГАП/ТКФ та його заміщення грануляційною та грубоволокнистою кістковою тканиною. Через 24 доби спостереження констатували незначні за площею залишки імплантату та заміщення дефекту пластинчастою кістковою тканиною. Висновки: Фізико-хімічні, структурні властивості хітозан-ГАП/ТКФ та біологічна відповідь на імплантацію свідчить про можливість використання матеріалу в хірургічній стоматології та імплантології.

Ключові слова: кістковий регенерат, модель дірчастого дефекту великогомілкової кістки, хітозан-ГАП/ТКФ.

УДК: 616.724-08-036.8

Риберт Ю.О., к.мед.н., доц., Кінаш Ю.О., асп., Магера Н.С., здобувач Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Ефективність лікування пацієнтів з м'язовими скронево-нижньощелепними розладами

Мета: Оцінка ефективності лікування пацієнтів з м'язовими скронево-нижньощелепними розладами із застосуванням оклюзійних шин та на завершальному етапі різних типів ортопедичних конструкцій. Методи: Клінічне обстеження, ортопантомографія, зонографія скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС), ультрасонографія СНЩС, за показаннями магнітно-резонансна томографія СНЩС, електронна аксіографія, вивчення оклюзійних співвідношень в артикуляторі, налаштованому на індивідуальну функцію. Результати: Загалом лікування проводили 45 пацієнтам віком 26–41 років, оклюзіотерапію виконали різними типами шин 34 пацієнтам, сплїнтлайн-терапію 18 пацієнтам, раціональне протезування різними типами ортопедичних конструкцій — 11 пацієнтам. П'ятьом пацієнтам відновлення і реконструкцію функціональної оклюзії здійснювали покривними протезами з фіксацією на телескопічних коронках. Оклюзіотерапію у поєднанні зі сплїнтлайн-терапією проводили 15 пацієнтам, в одного з них була ортодонтична патологія, у двох — вторинні деформації та ще у 2-х — ятрогенна патологія, в 1-го пацієнта — пародонтит I-II ступенів. Провели порівняльний аналіз амплітуди рухів суглобових головок нижньої щелепи у пацієнтів до і після лікування. Показник руху «протрузія-ретрузія» зменшився у 2,6 рази з 57,8% до 22,2% (p<0,05) і сягнув нормативних показників 77,8% проти 42,2% до лікування (p<0,05). За показником «медіотрузія» від'ємні значення в результаті проведеного лікування знизились у 2,3 рази з 75,6% до лікування до 44,4% після лікування (p<0,05), досягнувши позитивного результату у 55,6% пацієнтів проти 24,4% до лікування (p<0,05). За даними клінічного обстеження позитивний результат отримали у 87% пацієнтів. Висновки: Аксіографія є об'єктивним методом діагностики. У лікуванні хворих з міофасціальною патологією ефективні: оклюзіотерапія різними типами оклюзійних шин, сплїнтлайн-терапія та реконструкція функціональної оклюзії ортопедичними методами.

Ключові слова: м'язові скронево-нижньощелепні розлади, аксіографія, оклюзійні шини.

Список використаної літератури

1. Біда В.І. Ортопедичне лікування хворих із оклюзійно-артикуляційним синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба / В.І. Біда, С.М. Ключан // *Український стоматологічний альманах.* — 2012. — № 3.
2. Дмитренко І.А. Особливості діагностики та лікування хворих з дефектами зубних рядів частковими знімними протезами з урахуванням функціонального стану скронево-нижньощелепних суглобів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / І.А. Дмитренко. — Київ, 2013. — 18 с.
3. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / П.И. Ивасенко, Р.К. Савченко, М.И. Мискевич [и др.]. — М.: Медицинская книга, 2009. — 116 с.
4. Кордіяк А.Ю. Прояви скронево-нижньощелепної дисфункції при застосуванні суцільноліттих зубних протезів / А.Ю. Кордіяк, Р.В. Кулінченко // *Український стоматологічний альманах.* — 2002. — №5. — С. 43–46.
5. Michelotti A. The role of orthodontics in temporomandibular disorders / A. Michelotti, G. Iodice // *J. Oral. Rehabil.* — 2010. — № 9. — P. 95–97.

УДК: 616.314-77-085.46 + 616.311

Савченко В.В., к.мед.н., Животовський І.В., ас., Пимоненко І.І., студент Сумський державний університет, Медичний інститут

Вплив еластичного матеріалу для виготовлення ротових запобіжників на слизову оболонку порожнини рота

Мета: Виявлення шкідливого впливу на слизову оболонку порожнини рота розробленого матеріалу КорСа-А для виготовлення внутрішньоротових захисних кап. Методи: Інформаційні (опрацювання відповідної літератури); біологічні (експрес-метод на культурі тканин, імплантаційний тест); інструментальні (титрометрія, спектрофотометрія, рН-метрія). Результати: Витяжки із зразків не мають гістотоксичної дії на клітини тканинної культури (показник гістотоксичності 0,78). При дослідженні подразнюючого впливу витяжок із досліджуваного матеріалу в очак кроликів через 5 діб не виявили гіперемії, набряку слизової оболонки та рогівки ока. При підшкірному введенні витяжок зі зразків білим щурам на 5 добу спостереження візуально еритеми на шкірних покриттях не виявлено. Після підшкірної імплантації зразків в експериментах на білих щурах протягом місяця подразнювального впливу матеріалу на прилеглі тканини не встановлено. В більшості випадків імплантати були оточені тонкою капсулою із пучків колагенових волокон. Будова фібробластичних елементів не відрізнялася від норми. М'язова тканина, що прилягала до капсул, не мала патологічних змін. Висновки: Матеріал КорСа-А відповідає вимогам до цієї групи матеріалів і може бути рекомендований для використання. За показниками токсикологічних досліджень він відповідає міжнародним стандартам ISO-4823, за технологічними параметрами — показником ТУ В 24.6-00481318-008-2002. Ключові слова: матеріал КорСа-А, слизова оболонка порожнини рота.

Список використаної літератури

1. Біомеханіка спорту [за ред. А.М. Ланутіна]. — К.: Олімпійська література, 2001. — 320 с.
2. Гризодуб В.И. Основные биохимические характеристики тканей пародонта / Гризодуб В.И., Чуйко А.Н., Бахуринский Н.Ю. // *Вісник стоматології*. — 2001. — №1. — С. 59-65.
3. Маевски С.В. *Стоматологическая гнатозиология. Нормы окклюзии и функции стоматологической системы*; пер.с польск. — Львов: ГалДент, 2008. — 144 с.
4. Пат. 25026 Україна, МПК C08L 83/84 (2007.01). Матеріал «КорСа-А» для виготовлення захисних кап для спортсменів, що займаються контактними видами боротьби/ Савченко В.В., Чирва В.С., Каменський О.А., Король М.Д. // Патент України на корисну модель u2007 02344; заявл. 05.03.07; опубл. 25.07.07, Бюл. №11.
5. Ряховский А.Н. Отечественный силксановый эластомер для изготовления десневых протезов / А.Н. Ряховский, Л.Я. Поуровская, Е.В. Кириллова // *Стоматология*. — 2006. — №1. — С. 57-60.
6. Савченко В.В. Виготовлення ротового запобіжника з матеріалу «КорСа-А» / В.В. Савченко // *Український стоматологічний альманах*. — 2008. — №5. — С. 27-28.
7. Савченко В.В. Токсикологічна оцінка нового матеріалу «КорСа-А» для виготовлення захисних кап / В.В. Савченко, М.Д. Король, В.С. Чирва, О.А. Каменський // *Український стоматологічний альманах*. — 2007. — №1. — С. 5-6.

УДК: 616.311.2+16.314.17+616.314.19)-002-06:617.546/.547]-053.7-07:616.316-008.8-07

Слобода М.Т., ас., Пупін Т.І., доц.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Фізико-хімічні властивості ротової рідини в осіб молодого віку з деформуючими дорсопатіями

Мета: Оцінити фізико-хімічні властивості ротової рідини у осіб

молодого віку з деформуючими дорсопатіями при ураженні тканин пародонта та без таких. Методи: Дослідження проводили у 321 особи віком від 19 до 24 років на кафедрі терапевтичної стоматології ФПДО та в стоматологічному центрі ЛНМУ. Обстежуваних осіб поділили на три групи: I групу становили 104 пацієнти з захворюваннями пародонта на фоні деформуючих дорсопатій, II групу — 94 пацієнти з деформуючими дорсопатіями та клінічно здоровими тканинами пародонта, III групу — 123 пацієнти з хворобами пародонта без деформуючих дорсопатій. Усім хворим проводили дослідження швидкості слиновиділення, рН, в'язкості та буферної ємності ротової рідини. Результати: Вивчення швидкості саливації у трьох груп обстежених осіб виявило деякі особливості в показниках. При цьому встановлена підвищена саливація в усіх групах обстежених молодих осіб, проте найнижчий рівень цього показника (0,670,04) виявлений у групі пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта на фоні деформуючих дорсопатій (I група). Слід відзначити, що у хворих з деформуючими дорсопатіями без уражень тканин пародонта (II група) середньостатистичне значення швидкості виділення нестимульованої змішаної слини (0,850,04) було достовірно нижчим ($p < 0,01$), ніж таке (1,010,03) у пацієнтів з захворюваннями зубоутримуючих тканин без супутньої патології (III група). Визначення в'язкості ротової рідини виявило стійку тенденцію до збільшення у пацієнтів молодого віку з захворюваннями тканин пародонта без супутньої патології (III група) та на фоні деформуючих дорсопатій (I група), що перевищувала нормальну величину від 8,2 до 10,4%. Дослідження змішаної слини у осіб молодого віку виявило, що концентрація H^+ у ротовій рідині усіх груп обстежених була слабкою. Визначення буферної ємності змішаної слини виявило низьку здатність цієї біологічної рідини до нейтралізації кислот та лугів у молодих пацієнтів з високим ступенем достовірності різниці значень показників ($p < 0,001$), як відносно осіб з дорсопатіями без уражень зубоутримуючих тканин (II група), так і з захворюваннями тканин пародонта (I і III група). Висновки: В осіб молодого віку з деформуючими дорсопатіями гомеостаз порожнини рота порушений внаслідок гіпосаливації, зниження рН ротової рідини і її буферної ємності та достовірно високого показника в'язкості слини, що вказує на вплив преморбідного фону на фізико-хімічні властивості ротової рідини, що своєю чергою призводить до погіршення очищення порожнини рота та підвищення ризику розвитку захворювань пародонта в цих осіб.

Ключові слова: особи молодого віку, захворювання пародонта, фізико-хімічні властивості ротової рідини, деформуючі дорсопатії.

Список використаної літератури

1. Боровский Е. В. Биология полости рта. / Е. В. Боровский, В. К. Леонтьев. — М.: Медицина. — Изд-во ИГМА, 2001. — 304 с.
2. Галкина О.П. Особенности состояния зубочелюстной системы у подростков со сколиозом / О.П. Галкина, Е.И. Журочко // *Современная стоматология*. — 2010. — №1(50). — С. 79-80.
3. Деньга О.В. Гингивит у молодых людей со сниженной функциональной активностью слюнных желез / О.В. Деньга, Н.К. Новицкая, Д.К. Косенко // *Український стоматологічний альманах*. — 2014. — №2. — С. 26-27.
4. Кулыгина В.Н. Исследование скорости слюноотделения и состояния кислотно-щелочного равновесия в ротовой полости у лиц молодого возраста с воспалительными заболеваниями тканей / В.Н.Кулыгина, Аль Мохаммад Мохаммад Али // *Журнал вушних і горлових хвороб*. — № 3. — 2014. — С. 70-73.
5. Новицкая Н.К. Эпидемиологические исследования состояния слюноотделения у населения Украины, проживающих в разных геохимических условиях / Н.К. Новицкая, О.В. Деньга // *Український медичинський альманах*. — 2013. — №1. — С. 36-38.

УДК: 616.314.7-05:616.314-089.23:616.716.4:616.314.25-007.481

Смаглюк Л.В., проф., Воронкова Г.В., ас.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Вплив положення третіх молярів на результати ортодонтичного лікування пацієнтів із скупченим положенням фронтальних зубів нижньої щелепи

Мета: Визначити вплив положення третіх молярів на результати ортодонтичного лікування пацієнтів із скупченістю зубів фронтальної ділянки нижньої щелепи з використанням брекет-техніки. Методи: Визначали нахил 35 зачатків нижніх третіх молярів на ортопантомограмах пацієнтів 18-24 років із скупченим положенням фронтальних зубів нижньої щелепи за методикою Р. Evans (1988), які перебували на лікуванні брекет-технікою. Результати: Визначено коливання кутів нахилу третіх молярів: від 9-57° до та 18-65° після лікування. Були визначені 4 варіанти зміни кута медіально нахиленого третього нижнього моляра в щелепах із скупченим положенням фронтальних зубів у динаміці ортодонтичного лікування незмінною технікою. Частіше кут медіального нахилу третього моляра збільшується, що підвищує його тиск на другий моляр, спричиняє ризик рецидиву і хірургічних ускладнень. Відсоток успішного прорізування медіально нахилених нижніх третіх молярів при скупченому положенні фронтальних зубів дуже низький, а при варіантах зміни кута нахилу другого моляра після лікування в дистальному напрямку є ризик складності операції видалення третього моляра з можливими ускладненнями. Висновки: Аналіз проведеного динамічного вивчення стану положення третіх молярів нижньої щелепи у пацієнтів із скупченим положенням фронтальних зубів нижньої щелепи довів незадовільний медіальний нахил останніх до початку лікування за всіма досліджуваними параметрами. Проведене комплексне ортодонтичне лікування не веде до нормалізації кута нахилу третіх молярів нижньої щелепи, а, навпаки, створює умови для їх ретенції. Ключові слова: скупченість зубів, прорізування третіх нижніх молярів, рецидив.

Список використаної літератури

- 1 Ades A.G. Long-term study of the relationship of 3rd molars to changes in the mandibular dental arch / Ades, AG., Joondeph, DR; Little, RM, Chapko, MK // *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*. - V: 97(4). - P.323-335.
- 2 Richardson M. E. The role of the third molar as the cause of late lower arch crowding: a review./ Richardson M E // *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, -1987.-V. 95- P.79-83
- 3 Southard T. E. Mesial force from unerupted third molars / Southard T E, Southard K A, Weeda L W // *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*.-2004.- V.99-P.220-225
- 4 Mehta K. Role of Third Molars in Mandibular Incisor Crowding / Mehta K, Khandekar S, MitaliPawar // *An-Orthodontist's Perspective. Universal Reserch Journal of Dentistry* 2012.-. 2(2).-P.64-66.
- 5 Mulla A.K. The relation between mandibular morphology and lower arch crowding in skeletal Class I./ Mulla AK, Al-Joubori A // *Iraqi Orthod J* 1(1). -2005.-P.1-5.

УДК: 616.314.2 – 007.271- 053.2:613.954/956

Смаглюк Л.В., проф., Карасюнок А.Є., доц., Трофименко М.В., ас.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Вплив шкідливих дитячих звичок на стан зубощелепної ділянки у дітей в період змінного прикусу

Мета: Визначення особливостей морфологічного стану щелепно-лицевої ділянки у дітей з різними шкідливими звичками у

період змінного прикусу. Методи: Клінічне обстеження 1045 дітей віком 6-12 років. Результати: Шкідливі звички виявлені у 89,4%. Зубощелепні аномалії у 81,3% випадків. У всіх пацієнтів із виявленими шкідливими звичками діагностували наявність зубощелепних аномалій (ЗЩА). В структурі шкідливих звичок найбільший відсоток займають функціональні порушення щелепно-лицевої ділянки – 68,1%. Здебільшого відмічали поєднання функціональних невідповідностей: дихання, ковтання, мовлення, змикання губ, жування. В структурі ЗЩА у пацієнтів із вищезазначеною комбінацією функціональних порушень найчастіше спостерігали аномалії I класу (43,6%) та II класу за Енглем (41,1%). Висновки: Морфологічні зміни в зубощелепній ділянці у дітей в період змінного прикусу можуть бути спричинені шкідливими звичками у вигляді комбінацій функціональних невідповідностей щелепно-лицевої ділянки, що є найпоширенішими на цьому етапі розвитку прикусу. Ключові слова: змінний прикус, зубощелепні аномалії, шкідливі звички.

Список використаної літератури

- 1 Карасюнок А.Є. Морфо-функціональний стан зубощелепної ділянки у дітей віком 6-12 років із порушенням постави /А.Є.Карасюнок, М.В.Трофименко, СалахАбдулджаліЕльбураві // *Матеріали науково-практичної конференції «Інноваційні технології в стоматології та клінічній медицині». Проблеми екології та медицини.* – Полтава, – 2011. – С. 88.
- 2 *Руководство по ортодонтии / Под ред. Ф. Я. Хорошилкиной.* – М.: Медицина, 1999. – 800 с.
- 3 Смаглюк Л.В. Порівняльна характеристика загальносоматичного статусу і морфо-функціонального стану зубощелепної ділянки у дітей 6-12 років / Л.В. Смаглюк, І.В. Петрушанко, М.В. Трофименко, А.Є. Карасюнок // *Український стоматологічний альманах.* -2012. – №3 – С. 62-64.
- 4 Tausche E. Prevalence of malocclusions in the early mixed dentition and orthodontic treatment need / E. Tausche, O. Luck, W. Harzer // *European Journal of Orthodontics.* – 2004. – Vol. 26, № 3. – P. 237-244.

УДК: 616.314-089.23 – 053.71

Смаглюк Л.В., проф., Ляховська А.В., ас.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Визначення скелетної зрілості при ортодонтичному обстеженні дівчат-підлітків

Мета: Визначити мінеральну щільну кісткової тканини (МЩКТ) та особливості скелетної зрілості у дівчат пубертатного віку на фоні порушень репродуктивного здоров'я. Методи: Основну групу дослідження склали 32 дівчини з порушеннями становлення репродуктивної функції. Середній вік дівчат становив 14,7±0,3 років. До контрольної групи увійшли 25 дівчат без гінекологічної патології, зіставні за віком. МЩКТ визначали за допомогою ультразвукового денситометричного обстеження. Скелетну зрілість оцінювали згідно з методом CVS за Hassel і Farman (1995) на телерентгенограмі голови у боковій проекції. Результати: Виявлені достовірні відмінності у дівчат основної і контрольної груп. Середнє значення МЩКТ у дівчат контрольної групи становило +0,9±0,12 (МЩКТ у межах норми) і перевищувало показники основної групи (p<0,01). Середнє значення показника МЩКТ в основній групі становило – 1,23±0,18 і коливалося від -4 (дефіцит МЩКТ до 40%) до 0,2 (МЩКТ на 2% більша за оптимальне значення), що вказувало на дефіцит кісткової маси, який виходив за межі фізіологічного для підліткового віку. У контрольній групі стадії скелетного дозрівання і фази росту відповідають фізіологічній нормі та мають чітку достовірну пряму кореляцію з віком. У дівчат основної групи відбувається затримка скелетної зрілості та невідповідність хронологічному віку. Так, у дівчат 13–14-річного віку спостерігалася препубер-

татна фаза росту, у дівчат 16-17 років — пубертатна фаза. Висновки: У дівчат-підлітків з порушенням становлення репродуктивної функції спостерігається зниження мінеральної щільності кісткової тканини, затримка скелетної зрілості і пубертатних фаз росту. Враховуючи активні процеси загального росту у підлітковому віці, це може впливати на ріст і формування щелепнолицьових структур, зокрема компонентів СНШС, і призводити до виникнення тяжчих ступенів аномалій зубощелепної ділянки у таких дівчат.

Ключові слова: скелетна зрілість, підлітковий вік, порушення репродуктивної функції, мінеральна щільність кісткової тканини, фази росту, аномалії зубощелепної ділянки.

Список використаної літератури

1. Дрок В.О. Щільність кісткової тканини у пацієнтів із зубощелепними аномаліями, хворих на сколіоз [Текст] / В.О. Дрок // Вісник стоматології. — 2013. — № 4. — С. 126-127.
2. Калініченко Ю.А. Оцінка чинників ризику зниження мінеральної щільності кісткової тканини у підлітків із зубощелепними аномаліями [Текст] / Ю.А. Калініченко, Т.А. Сіротченко, І.Ю. Калініченко, Д.Є. Луганський // Укр. мед. альманах. — 2012. — Т. 15, №2. — С. 51-54.
3. Камалова С.В. Определение «ортодонтического возраста» пациента с помощью ТРГ в боковой проекции / С.В. Камалова // Дентаклуб. — 2015. — №3-4. — С. 36-39.
4. Лучинський М. А. Структурно-функціональний стан кісткової тканини у дітей, які проживають на екологічно несприятливих територіях / М.А. Лучинський, В. М. Лучинський // Буковинський медичний вісник. — 2013. — Т. 17, № 1. — С. 55-59.
5. Мальцев С.В. Снижение минеральной плотности кости у детей и подростков: причины, частота развития, лечение / Мальцев С.В., Мансурова Г.Ш. // Вопросы современной педиатрии. — 2015. — Т. 14, №5. — С. 573-578.
6. Cameron N. Can maturity indicators be used to estimate chronological age in children? *Ann Hum Biol.* 2015;42(4): 302-7.
7. Cericato G.O. Validity of the assessment method of skeletal maturation by cervical vertebrae: a systematic review and meta-analysis / Cericato G.O., Bittencourt M.A., Paranhos L.R. // *Dentomaxillofac Radiol.* — 2015. — № 44(4).
8. Computer Based Assessment of Cervical Vertebral Maturation Stages Using Digital Lateral Cephalograms / Dzemiđić V, Sokić E, Tiro A, Nakas E. // *Acta Inform Med.* — 2015 Dec. — 23(6). — P. 364-368.
9. Contribution of the cervical vertebral maturation (CVM) method to dentofacial orthopedics: update / Elhaddaoui R., Benyahia H., Azaroual F., Zaoui F. // *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.* — 2014 Nov. — № 115(5). — P. 293-300.
10. Hassel B, Farman AG. Skeletal maturation evaluation using cervical vertebrae. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 1995;107:58-66.

УДК: 616.311.2+616.314.17+616.314.19)-002-06:616.33/.34-002-036.12]-085.326

Стадник У.О., доц., Швець І.Є., к.мед.н., ас.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Оцінка ефективності лікування генералізованого пародонтиту в осіб з хронічними запальними захворюваннями шлунково-кишкового тракту з використанням мінеральної води «Моршинська»

Мета: Оцінити ефективність використання мінеральної води «Моршинська» у лікуванні генералізованого пародонтиту у пацієнтів з хронічними запальними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Методи: Лікування проводили у 98 пацієнтів з захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та ознаками генералізованого пародонтиту (ГП) I-III ступеня важкості. Усіх обстежених поділили на 2 групи: основну, у якій лікування проводилося на основі розпрацьованого лікувально-профілактичного комплексу, та контрольну, у якій ГП лікували загально-

прийнятими методами. Розпрацьований лікувально-профілактичний комплекс охоплює використання препарату Лацидофіль, вітамінного комплексу Моріамін Форте, гелю Холісал, зубної пасті Parodontax та полоскання, іригації, гідромасажу мінеральною водою «Моршинська» (джерело №1), оскільки застосування мінеральної води «Моршинська» джерела №1 зумовлює антибактеріальний, імуностимулюючий, антиоксидантний ефекти. Результати: Встановлено, що в основній групі при лікуванні генералізованого пародонтиту ознаки запалення усунули у 78,0% хворих уже через 4,25±0,34 відвідування. Натомість аналогічного ефекту у контрольній групі досягнуто лише через 5,45±0,34 відвідування, при цьому усунення клінічних ознак запалення відзначено у 32,6% пролікованих, покращення стану тканин пародонта без повної нормалізації — у 23,91% хворих, у 43,48% обстежених лікування було неефективним. Клінічно у пацієнтів основної групи спостерігали припинення ексудації та гноетечі з пародонтальних кишень, зменшення грануляції і явищ гіперемії. Через 12-18 місяців після лікування стійку ремісію виявлено у 71,15% хворих основної групи, це майже у 3 рази більше, ніж у контрольній групі (26,0% випадків відповідно). Висновки: Отримані результати вказують на певну ефективність запропонованого лікувально-профілактичного комплексу, який охоплює використання мінеральної води «Моршинська» (джерело №1) для лікування хвороб пародонта у пацієнтів з ураженнями ШКТ.

Ключові слова: генералізований пародонтит, шлунково-кишковий тракт, лікування.

Список використаної літератури

1. Булкина Н.В. Новые возможности местной антибактериальной терапии воспалительных заболеваний пародонта на фоне патологии органов пищеварения / Н.В. Булкина, Л.Ю. Островская // *Стоматология.* — 2007. — № 4. — С. 8-13.
2. Бутюгин И.А. Сравнительный анализ эффективности местного применения антиоксидантов в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита / И.А. Бутюгин, Н.В. Корнилова, О.В. Абрамов // *Стоматология.* — 2015. — № 1. — С. 31-34.
3. Гажва С.И. Анализ клинико-иммунологического статуса полости рта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести при использовании антибактериальных средств / С.И. Гажва, А.И. Воронина, О.В. Шкаредная // *Стоматология.* — 2010. — № 3. — С. 30-33.
4. Горбачева И.А. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов, Л.Ю. Орехова // *Стоматология.* — 2004. — № 3. — С. 6-11.
5. Заболотный Т.Д. Запальні захворювання пародонта / Т.Д. Заболотний, А.В. Борисенко. — Львів: ГалДент, 2013. — 205 с.
6. Заболотный Т.Д. Эффективность застосування мінеральних вод у комплексній терапії захворювань пародонта. Огляд літератури / Т.Д. Заболотний [та ін.]. — *Новини стоматології.* — 2014. — №2 (79). — С. 65-69.
7. Залізняк М.С. Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит із супутнім остеоартрозом та оцінка його ефективності / М.С. Залізняк // *Вісник наукових досліджень.* — 2015. — №3. — С. 79-82.
8. Еремин О.В. Коморбидность болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта / О. В. Еремин [и др.] // *Саратовский научно-медицинский журнал.* — 2009. — № 5. — Вып. 3. — С. 393-398.
9. Кучумова Е.Д. Применение новых противовоспалительных средств в комплексе лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта / Е.Д. Кучумова, А.А. Леонтьев, О.В. Калинина // *Пародонтология.* — 2008. — № 1. — С. 19-24.
10. Сарап Л.Р. Лечебно-профилактическая эффективность зубных паст на основе натуральных экстрактов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта / Л.Р. Сарап, И.А. Вдовиченко, О.О. Лакшин [и др.] // *Клиническая стоматология.* — 2009. — № 3. — С. 40-42.
11. Марков А.В. Комплексна гідротерапія генералізованого пародонтиту сульфатно-хлоридно-калієво-натрієво-магнієвою мі-

неральною водою: автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. мед. наук. — Львів, 2004. — 17 с.

12. Патологія пародонта при захворюваннях шлунково-кишкового тракту (обзор літератури) / А.В. Лепилин [и др.] // Пародонтологія. — 2008. — № 4(49). — С. 23–25.
13. Чайковська І.В. Механізми розвитку патологічних змін у тканинах пародонта у пацієнтів при захворюваннях шлунково-кишкового тракту / І.В. Чайковська // Питання експериментальної та клінічної медицини: зб. статей. — 2012. — Вип. 16, Т. 4. — С. 175–180.

УДК: 616.314.18-053

Стулікова В.С.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Клінічні результати вітальної пульпотомії у тимчасових зубів

Мета: Оцінка клінічної ефективності лікування пульпиту тимчасових зубів у дітей із використанням лікарського засобу, що містить мінералтриоксидаграт (МТА). Методи: Обстежено 34 дитини, з них 15 дівчаток та 19 хлопчиків, віком 4-7 років із декомпенсованою формою карієсу та інтенсивністю ураження $9,94 \pm 4,04$. Лікування проводили методом вітальної пульпотомії, у 24 дітей (70,6 \pm 7,81%) лікування 72 зубів (75,8 \pm 4,39%) відбувалося під загальним знеболенням, 10 дітям (29,4 \pm 7,81%) лікували 23 зуби (24,2 \pm 4,39%) під місцевою анестезією. Перкусія 72 тимчасових зубів, що підлягали лікуванню, була безболісною, патологічні зміни на рентгенограмі відсутні. Під час огляду звертали увагу на скарги, колір зуба, крайове прилягання пломби, колір слизової оболонки у ділянці лікованого зуба, проводили перкусію, визначали наявність змін на рентгенограмі. Результати: Через 12 місяців порушення герметизму пломби виявлено у 14 зубів (14,70 \pm 3,60%), змінений колір слизової оболонки у ділянці 8 зубів (8,43 \pm 2,85%), болісна перкусія 8 зубів (8,42 \pm 2,85%). Патологічні зміни на рентгенограмі виявлені біля коренів 5 зубів (5,26 \pm 2,29%). Протягом 12 місяців видалено 7 зубів (7,37 \pm 4,74%). Виявлено 32 зуби (33,70 \pm 4,85%) із зміненням кольором, але сірий колір коронки не вважається ознакою запального процесу у періапикальних тканинах, оскільки хімічні з'єднання, які входять до складу матеріалу Триоксидент («Владміва»), можуть спричиняти забарвлення твердих тканин зубів у сірий колір. Висновки: Клінічна ефективність лікування пульпиту тимчасових зубів дітей віком 4-7 років вітальною пульпотомією із використанням матеріалу, що містить МТА, становила 90,5 \pm 1,47%, що вище за таку у разі застосування інших вітальних та девітальних методів.

Ключові слова: пульпит тимчасових зубів, метод вітальної пульпотомії.

Список використаної літератури

1. Duggal M. Histological comparison of pulpal inflammation in primary teeth with occlusal or proximal caries / M. Duggal, D. Kassa, P. Day, A. High // Int. J. Paediatr. Dent. — 2009. — № 19 (1). — P. 26-33.
2. Хоменко Л.А. Врачебные вмешательства в корневых каналах временных зубов. Ч. 3: чем пломбировать? / Л.А. Хоменко, Н.В. Биденко, А.И. Зеленкова // Современная стоматология. — 2008. — № 2. — С. 78–85.
3. Guideline on pulp therapy for primary and immature permanent teeth. Reference manual. — 37. — № 6 (15/16). — P. 244-252.
4. Гатина Э.Н. Современная тактика лечения обратимых форм пульпита / Э.Н. Гатина, М.Ф. Насибуллина, Х.А. Насрутдинова, Ю.В. Фазылова // Молодой ученый. — 2015. — №10. — С. 409–412.
5. Бибарсова А.Р. Сравнительная характеристика современных материалов для лечения пульпита / А.Р. Бибарсова, Ф.И. Ганижева, З.Б. Туралиева // Бюллетень медицинских Интернет конференций (ISSN 2224-6150). — 2015. — Том 5, N 10. —

C. 1231-1233. (<http://medconfer.com/files/archive/2015-10/2015-10-5-A-5048.pdf>)

УДК: 618.19-006.6:616.31+615.28

Сухіна І.С., к.мед.н., Соколова І.І., д.мед.н., проф.
Харківський національний медичний університет

Вплив комплексу превентивних заходів на стан органів порожнини рота у хворих на рак молочної залози при проведенні VI циклу поліхіміотерапії

Мета: Вивчення впливу комплексу превентивних заходів на прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота на підставі даних опитування пацієнток, хворих на рак молочної залози (РМЗ), яким проводили VI цикл ад'ювантної поліхіміотерапії (ПХТ). Методи: У дослідженні брала участь однорідна група пацієнток — 89 жінок із злоякісним захворюванням молочної залози T1N0M0–T2N1M0 стадій, які отримали на I етапі комбіноване лікування (операція + променева терапія) та V циклів ад'ювантної ПХТ за однаковою схемою відповідно до міжнародних стандартів. Хворих розділили на дві групи. Пацієнтки групи 1 тільки чистили зуби 1 раз на добу будь-якими зубними пастами; не використовували ополіскувачів для порожнини рота. Пацієнтки групи 2 під час проведення всього циклу ПХТ дотримувалися розробленого нами комплексу профілактичних гігієнічних заходів. Результати: Під час проведення VI циклу ПХТ 22 (84,6%) з 26 пацієнток групи 1, і 33 (52,4%) з 63 пацієнток групи 2 мали різні скарги. При порівнянні частоти виникнення і характеру скарг у пацієнток обох груп під час проведення VI циклу ПХТ було виявлено, що скарги на наявність піноподібної слини зменшилися з 27,3 до 12,1%, на зміну смакових відчуттів — з 63,6 до 21,2%, зниження апетиту — з 63,6 до 12,1%, відповідно у групах 1 та 2, та підвищену чутливість зубів — у 4 пацієнток групи 2. Слід зазначити, що проведення VI циклу ПХТ у пацієнток групи 2 не супроводжувалося скаргами на наліт на язиці, наявність виразок, болючість слизової оболонки щік, печіння кінчика язика, печіння всього язика, печіння ясенних сосочків, наявність тріщин у куточках рота, сухість губ, запалення СОПР, висипання на губах, набряклість язика та набряклість тканин порожнини рота. Висновки: Розроблений нами та застосований в групі порівняння комплекс превентивних заходів під час проведення VI циклу ПХТ вірогідно зменшує прояви побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота у хворих на РМЗ у 1,6 раза, що свідчить про ефективність його застосування у хворих на рак молочної залози.

Ключові слова: рак молочної залози, поліхіміотерапія, порожнина рота, превентивні заходи.

Список використаної літератури

1. Вплив цитостатиків на слизову оболонку носа при лікуванні онкогематологічної патології у дітей / А.Л. Косаковський, В.В. Сегал, В.О. Шатець, О.П. Моцич // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО ім. П.Л. Шупика. — 2013. — № 22 (2). — С. 287–293.
2. Методы профилактики и лечения орального мукозита на фоне химио- и/или лучевой терапии / Н.А. Добровольский, Н.Е. Таварткиладзе, С.А. Стороженко [и др.] // Университетська клініка. — 2013. — Т. 9. — № 1. — С. 22–25.
3. Минимальные клинические рекомендации Европейского Общества Медицинской Онкологии (ESMO): ред. рус. перевода: проф. С.А. Тюляндин, к.м.н. Д.А. Носов; проф. Н.И. Переводчикова. — М.: Издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2010. — С. 397–403.
4. Нуриева Н.С. Стоматологические осложнения, возникающие после проведения комплексного лечения злокачественных образований полости рта и глотки / Н.С. Нуриева. // Стоматология. — 2012. — № 1. — С. 35–39.
5. Попруженко Т.В. Химиотерапевтический оральный мукозит: патобиология, лечение, профилактика // Т.В. Попруженко, Т.Д.

Углова, С.П. Борис // Теорія – практика. Стоматолог Інфо. – Харків, 2013. – № 3. – С. 14–20.

6. Сергєєв С.В. Перспективи фармакотерапії уражень слизової ротової порожнини на тлі щитостатичного лікування / С.В. Сергєєв // Світ медицини та біології. – 2013. – № 2. – С. 168–171.

УДК: 616.314-089.23.-053.4

Трофименко К.Л. к.мед.н., ас., Куроєдова В.Д. д.мед.н., проф., Нелюбіна А.Л.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Логопедичний статус ортодонтних пацієнтів віком 6-9 років

Вікова група ортодонтних пацієнтів 6-9 років є найпривабливішою для лікаря-ортодонта в зв'язку з можливістю морфофункціональних корекцій. На кафедрі післядипломної освіти лікарів-ортодонтів за останні 7 років кількість пацієнтів 6-9 років зросла в 4,65 рази, що потребує від ортодонта адекватної психологічної поведінки та оптимізації і підвищення ефективності методів лікування. Мета: Формування міждисциплінарного підходу до ортодонтного лікування пацієнтів віком 6-9 років. Методи: Проаналізовано 497 клінічних карток ортодонтних пацієнтів віком 6-9 років. Результати: У 54,6% 6-9-річних дітей є різні логопедичні порушення: ротацізм, сигматизм, ламбдацизм, порушення звуковимовляння «т», «д» та ін. Логопедична група I – це діти з порушеннями прикусу, що мають правильне звуковимовляння – 21,5% (107 дітей), II логопедична група – це діти, в яких звуковимовляння відповідає загальноприйнятій віковим фонетичним нормам, але артикуляційна позиція язика є неправильною – 27,4% (136 дітей). До II та III групи логопедичного диспансерного нагляду ввійшли – 78,9% пацієнтів. Висновки: Порушення прикусу дітей віком 6-9 років є комплексною патологією, 4/5 пацієнтів із ЗЩА у віці 6-9 років мають проблеми порушення мовленнєвого апарату. Комплексне ортодонтно-логопедичне лікування дозволяє повністю усунути і логопедичні недоліки.

Ключові слова: пацієнти 6-9 років, ортодонтне лікування, логопедичні відхилення.

Список використаної літератури

1. Антоненко А.И. Роль некоторых этиологических факторов в возникновении зубочелюстных аномалий / А.И. Антоненко // Вісник стоматології. – №3. – 2007. – С. 34-37.
2. Заваденко Н.Н. Нарушения развития речи у детей и их коррекция / Н.Н. Заваденко // Лечащий врач. – 2006. – №5. – С. 30-35.
3. Зубкова Л.П. Визначення функціональних порушень в стані здоров'я пацієнтів з зубочелюстними аномаліями / Л.П. Зубкова // Вісник стоматології. – 2000. – №4. – С. 46-49.
4. Куроєдова В.Д. Логопедія в ортодонції / В.Д. Куроєдова, В.А. Сірик. – Полтава: Верстка, 2005. – 124 с.
5. Мамедов А.А. Структура и механизм произносительных расстройств у детей с аномалиями строения зубочелюстной системы / А.А. Мамедов, О.Г. Приходько, Н.Ю. Григоренко, М.Л. Синяева, Е.Г. Роговина // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2007. – №3. – С. 57-64.
6. Пат. 73971 UA, МПК А 61С 7/10 (2006.01). Ортодонтний апарат на нижню щелепу / В.Д. Куроєдова, К.Л. Куроєдова, А.Л. Нелюбіна, М.С. Дрогомирецька (UA). – № 2012 04494; заявл. 09.04.2012; опубл. 10.10.2012, Бюл. №19.
7. Смолина Е.С. Влияние ЗЧА на психоэмоциональное состояние подростков / Е.С. Смолина, И.В. Гуненкова, Н.К. Погосян // Ортодонтия. – 2007. – №3. – С. 60-61.
8. Трофименко М.В. Спосіб лікування зубочелюстних аномалій, пов'язаних з порушеннями функцій язика у дітей в період змінного прикусу / М.В. Трофименко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2007. – Т. 7. – №3. – С. 63-64.

УДК: 616.314-002-07-08

Турянська Н.І., клінічний ординатор
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Клініка, діагностика та лікування клиноподібних дефектів і ерозії емалі

Мета: Огляд та аналіз сучасних наукових джерел щодо клініки, діагностики і лікування клиноподібних дефектів твердих тканин зубів та ерозії емалі. Методи: Проведено системний огляд даних відносно особливостей формування, прогресування, діагностики та надання стоматологічної допомоги пацієнтам з клиноподібними дефектами зубів і ерозії емалі. Результати: Аналіз літературних джерел свідчить про неоднозначність підходів до лікування клиноподібних дефектів та ерозії емалі, наявність яких поступово призводить до значної втрати твердих тканин зубів, появи гіперчутливості емалі і дентину, дистрофічних змін у пульпі та пародонті. При цьому основними складовими успіху реставрації пришийкових некаріозних дефектів і лікування ерозії є ретельна діагностика щодо виявлення причин розвитку (травматична оклюзія, супраконтакти тощо) і усунення їх, використання «сендвіч-техніки» у поєднанні з сучасними композитними матеріалами, збільшення тривалості протравлювання склерозованого пришийкового дефекту (дентину) і якісна обробка поверхні реставрації, обов'язкове попереднє використання ремінералізуючої терапії для профілактики захворювань пародонта і вторинного карієсу. Висновки: Лікування клиноподібних дефектів і ерозії емалі із застосуванням загальної і місцевої ремінералізуючої терапії і реставрація уражених дефектів за допомогою композитів дозволяє досягти довгострокових ефективних результатів і сприяє стабілізації патологічного процесу, що гарантує доцільність використання таких методів лікування некаріозних уражень зубів.

Ключові слова: некаріозні ураження зубів, клиноподібні дефекти, ерозія емалі, ремінералізуюча терапія, композитні матеріали.

Список використаної літератури

1. Агафонов Ю.А. Распространенность некариозных болезней зубов / Ю.А. Агафонов // Теория и практика науки третьего тысячелетия: сб. ст. Междунар. науч.-практ. конф., 7 марта 2014 г. – Уфа: РИЦ БашГУ, 2014. – С. 292–294.
2. Арутюнов С.Д. Современные нанокompозиты в технологии замещения клиновидных дефектов зубов / С.Д. Арутюнов, В.М. Карпова, А.В. Бейтан // Ин-т стоматологии. – 2006. – № 3. – С. 56–57.
3. Безвушко Е.В. Особливості поширеності та клінічних проявів некаріозних уражень зубів / Е.В. Безвушко // Укр. стоматол. альманах. – 2010. – № 2. – С. 7–10.
4. Болезни зубов некариозного происхождения: метод. Указания / сост. А.И. Андюшкин, А.В. Карпунина, Г.А. Мемикова; Чуваш. Гос. Ун-т им. И.Н. Ульянова. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2015. – 32 с.
5. Болезни зубов некариозного происхождения: учеб. пособие / З.С. Хабазде, Ф.Ю. Даурова, И.В. Багдасарова, А.С. Карнаева; М.: Рос. Ун-т дружбы народов, 2015. – 91 с.
6. Non carious cervical lesions. A review / P. Ceruti, G. Menicucci, G.D. Mariani [et al.] // Minerva Stomatol. – 2006. – Vol. 55, N1/2. – P. 43–57.
7. Non-carious cervical lesions. Recommendations for clinical practice / American Academy of Operative Dentistry // Oper. Dent. – 2003. – Vol. 28, N 2. – P.109–113.
8. The association between occlusal factors and noncarious cervical lesions: a systematic review / A.G. Silva, C.C. Martins, L.G. Zina [et al.] // J. Dent. – 2013. – Vol. 41, N 1. – P. 9–16.
9. Tomasik M. Analysis of etiological factors involved in noncarious cervical lesions / M. Tomasik // Ann. Acad. Med. Stetin. – 2006. – Vol. 52, N 3. – P. 125–136.
10. Wassell R.W. Crowns and other extra-coronal restorations: cores for teeth with vital pulps / R.W. Wassell, E.R. Smart, G.St. George // Br. Dent. J. – 2002. – Vol. 192, N 9. – P. 499–502, 505–509.

УДК: 616.314.13-084-053

Удод А.А., проф., Вороніна А.С.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Особливості відновлення різних ділянок поверхні емалі зубів у дітей після протравлювання

Мета: Оцінити швидкість відновлення емалі на різних ділянках вестибулярної поверхні верхніх центральних різців після дозованого кислотного впливу. Методи: Обстежено 20 дітей у віці 12 років, у яких визначали інтенсивність каріозного ураження зубів за індексом КПВз, гігієну порожнини рота за індексом Green-Vermillion (ОНИ-S) і структурно-функціональну кислотостійкість емалі за тестом емалевої резистентності, який проводили на вестибулярній поверхні центрального різця у ділянці екватора, ріжучого краю і шийки. Інтенсивність забарвлення протравлених ділянок оцінювали візуально за допомогою стандартної десятибальної шкали синього кольору. Забарвлювання протравлених ділянок повторювали щодня до моменту реєстрації його повної відсутності. Результати: Встановлено, що у дітей індекс КПВз, в середньому, склав $3,96 \pm 0,11$; гігієнічний індекс ОНИ-S — $2,23 \pm 0,12$ бала. Структурно-функціональна кислотостійкість була максимальною в області ріжучого краю ($5,23 \pm 0,10$ бала). Цей показник достовірно ($p < 0,05$) відрізнявся від аналогічних, отриманих у ділянці екватора ($5,76 \pm 0,12$ бала) і шийки ($6,74 \pm 0,11$ бала). Для повного відновлення протравленої поверхні емалі на екваторі знадобилося $4,92 \pm 0,14$ дня, в пришийковій ділянці — $5,87 \pm 0,15$ дня, на ріжучому краї — $6,24 \pm 0,16$ дня. Висновки: У дітей 12 років встановлено достовірне погіршення показників структурно-функціональної кислотостійкості емалі в напрямку від ріжучого краю до пришийкової ділянки інтактного верхнього центрального різця. Відновлення емалі після протравлювання має інтенсивніший перебіг у ділянці екватора і шийки.

Ключові слова: емаль, структурно-функціональна кислотостійкість, протравлювання, відновлення.

Список використаної літератури

1. Боровский Е.В. Биология полости рта / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев. — Москва: Н. Новгород: НГМА, 2001. — 304 с.
2. Окушко В.Р. Методика выделения диспансерных групп школьников на основе донозологической диагностики кариеса зубов / В.Р. Окушко, Л.И. Косарева // *Стоматология*. — 1983. — № 6. — С. 8-10.
3. Удод О.А. Сучасні підходи до клінічної оцінки структурно-функціональної кислотостійкості емалі зубів / О.А. Удод, О.В. Суроткіна // *Український стоматологічний альманах*. — 2013. — № 2. — С. 44-47.

УДК: 616.314-053.5(477.62)

Удод О.А., проф., Яковлева Н.Н., ас., Рубайло В.В., Савінкова О.А., Рубайло Є.Л.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Стоматологічна захворюваність школярів міста Краматорська

Мета: Оцінити рівень стоматологічної захворюваності за 2013-2015 роки школярів 6-7, 12 і 15 років, які проживають у м. Краматорську Донецької області. Методи: Обстежено 103 дитини, які постійно проживають в Краматорську, з них 57 дівчаток (55,34%) і 46 хлопчиків (44,66%). З цієї кількості 32 дитини були віком 6-7 років, 37 дітей — 12 років і 34 дитини — 15 років. Визначали поширеність каріозного ураження зубів, інтенсивність карієсу за індексом КПВз і приріст інтенсивності за індексом ДКПВ. Результати: Встановлено, що у дітей 6-7 років поширеність каріозного ураження зубів за 2013, 2014 і 2015 роки становила, відповідно, $72,92 \pm 0,12\%$; $68,40 \pm 0,15\%$ і $59,43 \pm 0,14\%$. Показ-

ник інтенсивності карієсу зубів за індексом КПВз за ці роки досяг, відповідно, $3,21 \pm 0,18$; $3,18 \pm 0,13$ і $3,46 \pm 0,15$. Аналіз приросту інтенсивності за індексом ДКПВз показав такі результати: $0,57 \pm 0,14$; $0,61 \pm 0,17$ і $0,69 \pm 0,12$, відповідно. Дещо кращими виявилися ці показники у дітей 12 років, у яких поширеність карієсу спостерігалася на рівні $59,73 \pm 0,14\%$; $53,5 \pm 0,12\%$ і $56,2 \pm 0,13\%$; інтенсивність каріозного ураження — $2,65 \pm 0,13$; $2,58 \pm 0,14$ і $2,85 \pm 0,11$, приріст — $0,45 \pm 0,16$; $0,57 \pm 0,14$ і $0,61 \pm 0,10$, відповідно. Схожими були такі ж показники і у 15-річних дітей, зокрема поширеність становила $60,93 \pm 0,14\%$; $63,25 \pm 0,13\%$ і $53,34 \pm 0,15\%$; індекс КПВз — $2,84 \pm 0,15$; $2,49 \pm 0,13$ і $2,73 \pm 0,14$; індекс ДКПВз — $0,40 \pm 0,13$; $0,42 \pm 0,10$ і $0,58 \pm 0,12$, відповідно. Висновки: Незважаючи на санацію порожнини рота, карієспрофілактичні заходи і уроки гігієни і здоров'я в школах міста Краматорська, приріст інтенсивності каріозного ураження зубів прогресував у дітей всіх трьох вікових груп.

Ключові слова: діти, карієс зубів, поширеність, інтенсивність, приріст.

Список використаної літератури

1. Борисенко А. В. Карієс зубів / А. В. Борисенко — К.: Книга плюс, 2005. — 416 с.
2. Хоменко Л. О. *Терапевтична стоматологія дитячого віку* / [Хоменко Л. О., Остапко О. І., Кононович О. Ф. та ін.] — К.: Книга плюс, 2001. — 524 с.
3. Чижевский И. В. *Региональные особенности профилактики кариеса зубов у детей Донбасса* / И. В. Чижевский // *Проблеми екології та медицини*. — 2002. — Т. 6, № 6. — С. 27-29.

УДК: 616.21:616.006

Центіло В.Г., проф., Хрипаченко І.А., проф., Удод О.А., проф.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Забезпечення прохідності дихальних шляхів у онкостоматологічних хворих

Мета: Визначити особливості забезпечення прохідності дихальних шляхів унаслідок проведення трахеотомії у хворих на злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки. Методи: Протягом 10 років спостерігали 1497 хворих на злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки. У 87 хворих проведені оперативні втручання на первинній пухлині з порушенням скелетної фіксації язика за різними методиками лімфаденектомії. У 35 хворих виконана трахеотомія. У 5 хворих трахеотомія проведена у зв'язку з наростаючою дихальною недостатністю, викликаною стискуванням гортаноглотки і гортані неоперабельною пухлиною. Результати: У хворих з пухлиною в ділянці кореня язика, або якщо оперативне лікування первинної пухлини порушувало скелетну фіксацію язика, а також за операцій щодо регіонарних метастазів, коли відбулася деформація гортаноглотки, голосової щілини та була обмежена рухомість надгортанника, необхідна інша техніка трахеотомії, яка передбачає розріз трахеї, розшарування пластинок, що фіксують прилеглі до передньої поверхні трахеї тканини, хірургічної обробки післяопераційної рани. Слід надати перевагу трахеотомії за Бйорком. Висновки: Для оперативного лікування злоякісних пухлин з локалізацією первинної пухлини у ділянці кореня язика, а також у зв'язку з операціями, що порушують кісткову фіксацію язика, показане проведення трахеотомії з метою інтубації трахеї через трахеотомічний отвір для забезпечення прохідності дихальних шляхів. При оперативному лікуванні регіонарних метастазів злоякісних пухлин у разі, коли відбувся зсув гортані, деформація голосової щілини, виникли обмеження рухомості надгортанника, необхідно проводити трахеотомію за спеціальною технікою.

Ключові слова: злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки, оперативне лікування, трахеотомія.

Список використаної літератури

1. Адмираліев Н.М. *Возможности хирургического лечения местно-*

распространенного рака головы и шеи // *Клінічна хірургія*. — 2001. — №4. — С. 37-39.

2. Центилю В.Г. Трахеостомия плановая, ургентная и дефинитивная при опухолях, воспалительных процессах и травмах челюстно-лицевой области: техника, способы, ошибки и осложнения // *Вісник стоматології*. — 1994. — № 1. — С. 46-49.
3. Центилю В.Г. Варианты дефинитивной трахеостомии у больных с неоперабельными злокачественными опухолями челюстно-лицевой области // *Вісник стоматології*. — 2000. — № 2. — С. 21-23.

УДК:616.314.25/26-053.4./5

Чикор Т.О., к.мед.н., доц.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Центильні показники у пацієнтів різного віку з дистальним прикусом

Мета: Підвищення інформативності обстеження пацієнтів з аномаліями прикусу II класу за Енглеєм за допомогою центильного методу оцінки показників фізичного розвитку дітей. Методи: Всі варіанти досліджуваної ознаки розташовують за класами, від мінімального до максимального значення, і способом математичного перетворення весь ряд ділять на 100 частин. Колонки центильних таблиць показують межі вимірюваної ознаки для певної відсоткової (або центильної) частки всіх дітей віково-статевої групи. Оптимальні співвідношення цих показників забезпечують досконале функціонування опорно-рухового апарату, серцево-судинної, дихальної та інших систем організму в цілому, які безпосередньо пов'язані зі здоров'ям зубо-щелепного апарату. Результати: Всього проведено 128 вимірювань росто-вагових показників у 64 дітей віком від 6 до 17 років із дистальним прикусом. Відхилення від норми спостерігали у 43 оглянутих (67%). 18% від загальної кількості оглянутих мали відхилення показників росту, причому у 6% школярів простежували дисгармонійний розвиток, у 12% — виражено дисгармонійний. Тобто, 13 пацієнтів з дистальним прикусом мали надмірно низький зріст, а 2 оглянутих — надмірно високий для своєї вікової категорії. Враховуючи те, що ростовий показник є в першу чергу індикатором розвитку кістково-м'язової системи, можна припустити, що зниження ростових показників безпосередньо може впливати на розвиток аномалій зубощелепного апарату. Схожі тенденції спостерігали і в дослідженнях показників маси тіла. У 69% школярів були відхилення від норм маси тіла у своїх вікових категоріях. 47% хлопчиків та дівчат мали дисгармонійні порушення маси, 19% надмірно низьку або велику масу, що впливає на фізичний розвиток дитини та підвищує вірогідність супутньої патології. Висновки: У більшості дітей віком 6–17 років із дистальним прикусом відзначили відхилення росто-вагових показників від вікової норми.

Ключові слова: центильний метод, фізичний розвиток дітей, дистальний прикус.

Список використаної літератури

1. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья детей и подростков. ВОЗ. — 2016. — 241 с.
2. Дхауї Х. Удосконалення антропометричних методів діагностики трансверзальних аномалій зубних рядів і прикусу та терапія захворювань пародонту при ортодонтичному лікуванні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к.мед.наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія»/ Дхауї Х.; Інститут стоматології Академії медичних наук України. — Одеса, 2006. — 17 с.
3. Пермякова Е.Ю. Современные тенденции развития жиросотложения у городских и сельских детей и подростков: дисс. ... канд. биол. наук. М. — 2012. — 193 с.

УДК: 616.211+616.317]-007.254-031.4-089.844

Шафета О.Б., ас.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Використання стандартних анатомічних точок як методу оцінки деформацій назолабіального комплексу у дітей з вродженими вадами верхньої губи

Мета: Визначити ефективність використання методу оцінки ступеня асиметрії назолабіального комплексу після первинної хейлоринопластики у дітей з одностороннім наскрізним незрощенням верхньої губи та піднебіння (ОННВП). Методи: Досліджено 15 дітей без патології та 20 дітей з ОННВП, які перебували на лікуванні в клініці кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ім. О.О. Богомольця. Виміри здійснювали на фото пацієнтів до та після оперативного втручання за стандартними анатомічними точками. Обчислювали результати в програмі Microsoft Excel 2013. Результати: Проведено математичне обґрунтування інформативності обраних стандартних анатомічних точок тканин назолабіального комплексу з використанням фото 15 дітей без патології. Для порівняння обрано розміри 3-х анатомічних ділянок: довжина крила носа, ширина основи носа та довжина верхньої губи. При співвідношенні правої і лівої сторін кожної анатомічної ділянки у нормі отримано коефіцієнт симетричності, який в ідеалі наближається до 1. Його зменшення або збільшення вказує на наявність асиметрії тканин. Коефіцієнти симетричності у дітей з ОННВП до операції становили в середньому: довжина крила носа — 1,18; ширина основи носа — 1,52; довжина верхньої губи — 1,69. Всі результати вказують на збільшення розмірів незрощеної сторони порівняно зі здоровою. За цими даними найбільша асиметрія виникає в ділянці червоної облямівки губи. Через рік після хірургічного втручання коефіцієнти симетричності зменшилися до 0,99, 1,05, 0,92 відповідно. Це вказує на усунення деформації анатомічних структур після хейлоринопластики. Ширина основи носа також наближається до симетричних показників при досить високій асиметрії до операції. В цьому аспекті найбільших змін зазнає довжина верхньої губи, яка через рік після хірургічного втручання має досить низький показник коефіцієнта симетричності. Висновки: Запропонований метод оцінки деформації верхньої губи та носа дозволяє оцінити ступінь асиметрії назолабіального комплексу у дітей, вказуючи на дефіцит або надлишок м'яких тканин в 3 анатомічних ділянках. Даний метод не вимагає наявності спеціалізованого обладнання і може виконуватися в усіх клініках. Ключові слова: незрощення верхньої губи та піднебіння, хейлоринопластика, асиметрія обличчя.

Список використаної літератури

1. Wu J., Heike C., Birgfeld C., Evans K., Maga M., Morrison C., Saltzman B., Shapiro L., Tse R. Measuring symmetry in children with unrepaired cleft lip: Defining a standard for the three-dimensional mid-facial reference plane // *Cleft Palate Craniofac J*. — 2016, Jan 11.
2. Hermann N.V., Darvann T.A., Larsen P., Lindholm P., Andersen M., Kreiborg S. A pilot study on the influence of facial expression on measurements in three-dimensional digital surfaces of the face in infants with cleft lip and palate // *The Cleft Palate–Craniofacial Journal* 53(1) pp. 3–15, January 2016.
3. Keijser K., Nowinski D., Mani M. Photographic measurements partially correlate to nasal function and appearance among adult cleft patients // *Plastic and Reconstructive Surgery*. — *Global Open*: May 2016. — Vol. 4. — Issue 5. — P. e720.
4. Asher-McDade C., Roberts Ch., Show W.C., Gallager C. Development of a method for rating nasolabial appearance in patients with clefts of the lip and palate // *The Cleft Palate–Craniofacial Journal* 28(4), pp. 385–391; October 1991.
5. Owall L., Darvann T.A., Larsen P., Hove H.D., Hermann N.V., Bøgeskov L., Kreiborg S. Facial asymmetry in children with unisoronary synostosis who have undergone craniofacial

- reconstruction in infancy // *The Cleft Palate–Craniofacial Journal*. — 2016 Jul;53(4):385–93.
6. Jayaratne Y.S.N., Zwaahen R.A. Application of digital anthropometry for craniofacial assessment // *Craniofacial Trauma Reconstruction*. — 2014;7:101–107.
 7. Mosmuller D.G.M., Don Griot J.P.W., Bijnen C.L., Niessen F.B. Scoring systems of cleft-related facial deformities: A review of literature // *The Cleft Palate–Craniofacial Journal* 50(3) pp. 286–296, May 2013.
 8. Ayoub A., Garrahy A., Millett D., Bowman A., Siebert J.P., Miller J., Ray A. Three-dimensional assessment of early surgical outcome in repaired unilateral cleft lip and palate: Part 1. Nasal Changes Cleft Palate–Craniofacial Journal, September 2011, Vol. 48 No. 5. — P. 551–557.

УДК: 616.311:616–071 + 616.12-009.72

Шкрєбнюк Р.Ю., ас., Бандрівська Н.Н., ас.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Зміни вмісту метаболітів азоту та ендотеліну-1 у ротовій рідині хворих на генералізований пародонтит на тлі цукрового діабету I типу з кардіоміопатією

Мета: Вивчення вмісту у ротовій рідині нітритів ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$) та ендотеліну-1 у хворих на генералізований пародонтит (ГП) на тлі цукрового діабету (ЦД) I типу з кардіоміопатією. Методи: З метою дослідження вираженості ендотеліальної дисфункції у 62 хворих на ГП на тлі ЦД I типу з кардіоміопатією (основна група), 43 пацієнтів з ГП без супутніх соматичних захворювань (порівняльна група) та у 40 практично здорових людей (контрольна група) у ротовій рідині визначали вміст метаболітів азоту та ендотеліну-1. Вивчення вмісту нітритів у ротовій рідині з'ясували за загальноприйнятими методиками. Вміст ендотеліну-1 (ЕТ-1) у ротовій рідині визначали імуноферментним методом за допомогою набору реактивів Big Endothelin-1 (Human) Peninsula laboratories inc. Division of Bachem. Отримані результати опрацьовували статистично. Результати: У досліджуваних контрольній групі соматично та стоматологічно здорових осіб вміст ендотеліну-1 у ротовій рідині був на 33,35 % меншим стосовно даних у осіб хворих на ГП, без супутніх соматичних захворювань. У пацієнтів хворих на ГП, на тлі ЦД I типу з кардіоміопатією основної групи, вміст ендотеліну-1 у ротовій рідині був максимальним, а отримані дані на 79,37 % ($p < 0,01$) та на 34,52 % вищими ($p_1 < 0,05$) стосовно значень у контрольній і порівняльній групах відповідно. Вміст метаболітів азоту ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$) у ротовій рідині досліджуваних контрольної групи перевищував дані порівняння у середньому на 32,87 %. Слід відзначити, що у пацієнтів основної групи середній вміст метаболітів азоту у ротовій рідині був мінімальним і становив $20,61 \pm 1,14$ мкмоль/л. Отримане значення було на 48,81%, $p < 0,01$ та на 23,72% менше, $p_1 < 0,05$, порівняно зі значеннями у пацієнтів контрольної та основної груп, відповідно. Відзначали, що зі збільшенням ступеня важкості ГП в обох групах дослідження, у ротовій рідині обстежених зростає вміст ендотеліну-1 та зменшується вміст метаболітів азоту. Однак, у хворих на генералізований пародонтит на тлі ЦД I типу з кардіоміопатією цей процес мав вираженіший характер. Висновки: Дослідження рівнів оксиду азоту та ендотеліну-1 у ротовій рідині свідчать про їх суттєву роль у формуванні запальних явищ у пародонті та вираженіші зміни ендотеліальної дисфункції у бік збільшення факторів вазоконстрикції та пригнічення утворення оксиду азоту, що спричиняє формування недостатності кровообігу, особливо у хворих з ЦД I типу з кардіоміопатією у поєднанні з ГП.

Ключові слова: генералізований пародонтит, цукровий діабет, ендотелін-1.

Список використаної літератури

1. Генералізований пародонтит / Т.Д. Заболотний, А.В. Борисенко, А.В. Марков, І.В. Шилівський. — Львів: ГалДент, 2011. — 240 с.

2. Камышиников В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям / В.С. Камышиников. — Минск, 2004. — 672 с.
3. Клиническая иммунология. Руководство для врачей / Под ред. акад. РАМН Е.И. Соколова. — М.: Медицина, 2008. — 272 с.
4. Петрищев Н.Н. Физиология и патофизиология эндотелия / Н.Н. Петрищев, Т.Д. Власов. — СПб ГМУ, 2003. — 184 с.
5. Пудяк В.Є. Імунологічні аспекти хвороб пародонта та їх зв'язок із соматичною патологією / В.Є. Пудяк, Ю.Л. Бандрівський, Н.Н. Бандрівська // Вісник наукових досліджень. — 2011. — № 2. — С. 41–44.
6. Lasher T.F. Biology of the endothelium / T.F. Lasher, M. Barton // *Clin. Cardiol.* — 2007. — Vol. 10. — P. 3–10.
7. Warner T.D. Relationships between the endothelin and nitric oxide pathways. *Clinical and experimental* / T. D. Warner // *Pharmacology and Physiology*. — 2009. — Vol. 26. — P. 247–252.

УДК: 616.314-056.71:(-008.1)-053.3

Ярмошук І.Р., ас., Рожко М.М., проф., Пелехан Л.І., доц.

Івано-Франківський національний медичний університет

Підвищення ефективності хірургічного лікування генералізованого пародонтиту у хворих з остеопенією

Мета: Підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит через використання остеопластичного матеріалу. Методи: Під час дослідження обстежено, проведено лікування та клінічне спостереження у 93 пацієнтів віком від 24 до 65 років. У дослідження не включали хворих на соматичні захворювання у стадії декомпенсації, злоякісні новоутворення, декомпенсовані форми цукрового діабету, інфекційні захворювання. Пацієнтів розподілили на три групи. I групу склали 20 хворих на ГП з остеопенією, яким хірургічне лікування проводили загальноприйнятим методом. II групу — 25 хворих на ГП з остеопенією, яким хірургічне лікування проводили з місцевим використанням остеопластичного матеріалу easy graft і антирезорбенту Бонвіва, Швейцарія. Контрольну групу становили 22 практично здорових особи. Для оцінки динаміки захворювання та ефективності лікування проводили визначення структурно-функціонального стану кісткової тканини за допомогою денситометричних досліджень. При проведенні статистичної обробки отриманих результатів усі необхідні розрахунки виконували методом варіаційної статистики з використанням прикладного пакету комп'ютерної програми медико-статистичних обчислень STATISTICA. Результати: До лікування у I групі отримані результати денситометрії вказували на зниження щільності щелепних кісток у хворих на ГП. Т-критерій обстежених хворих становив $-2,5 \pm 0,21$ ($p < 0,05$), тоді як у здорових $1 \pm 0,23$ ($p < 0,05$). Через 1 рік після операції Т-критерій становив у хворих I групи $-1,6 \pm 1,79$ ($p < 0,05$). У середньому Т-критерій у хворих I групи через 1 рік змінився на 36,0% ($p < 0,05$), що вказує на стабілізацію патологічного процесу. За результатами денситометрії Т-критерій у хворих II групи через 1 рік після операції, порівняно з вихідним станом до операції, становив $-1,2 \pm 1,36$ ($p < 0,05$). У середньому Т-критерій у хворих II групи через 1 рік змінився на 52,0% ($p < 0,05$), що вказує на стабілізацію патологічного процесу. За результатами денситометрії Т-критерій у хворих III групи через 1 рік після операції змінювався порівняно з вихідним станом до операції і становив 0,9 ($p < 0,05$). Отже, денситометричні показники у хворих III групи через 1 рік змінювались на 64,0% ($p < 0,05$), що вказує на значне покращення мінералізації кісткової тканини з подальшою стабілізацією процесу. Найбільш виражена динаміка денситометричних показників була у хворих III групи порівняно з хворими I і II груп як у ранньому, так і віддаленому післяопераційному періодах. Отримані результати обґрунтовують доцільність проведення хірургічного лікування

з використанням остеопластичного матеріалу easy graft і антирезорбенту Бонвіва у хворих на ГП з остеопенією, що сприяє стабілізації процесу, поліпшуючи якість життя пацієнтів. Висновки: Поеднане використання остеопластичного матеріалу easy graft та антирезорбенту Бонвіва веде до стійкої стабілізації процесу, що підтверджується денситометричними та рентгенологічними показниками як у ранньому, так і у віддаленому післяопераційному періоді.

Ключові слова: генералізований пародонтит, остеопенія, остеопластичний матеріал, антирезорбент.

Список використаної літератури

1. Борисенко А.В. Біохімічне обґрунтування комплексного лікування генералізованого пародонтиту науковцями кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця / А.В. Борисенко // *Стоматологія: от науки к практике*. – 2014. – № 1. – С. 12-20.
2. Мазур І.П. Приминение ибандроновой кислоты в комплексном лечении при генерализованном пародонтите в стадии обострения / И.П. Мазур, П.В. Леоненко // *Український медичний часопис*. – 2013. – №1. – С. 65-72.
3. Патологічні процеси пародонту у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень / М.І. Гуменюк, І.П. Мазур, В.І. Ігнат'єва [та ін.] // *Астма та алергія*. – 2013. – № 3. – С. 28-34.
4. Батіг В.М. Патологія тканин пародонта при системному остеопорозі: *Буковинський медичний вісник* / В.М. Батіг, М.О. Остафійчук, А.І. Проданчук // *Буковинський медичний вісник*. – 2013. – Т. 17, № 3 (67). – С. 90-93.
5. Стоматов А. В. Эффективность использования аутогенного тромбоцитарного геля в сочетании с внутрикостным введением натрия гипохлорита при хирургическом лечении больных хроническим пародонтитом: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / А.В. Стоматов. – Волгоград, 2012. – 30с.
6. Георгієв Т.Д. Особливості хірургічного лікування генералізованого пародонтиту в осіб зі зниженням мінеральної щільності кісткової тканини: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: 14.01.22 / Т.Д. Георгієв. – Одеса, 2005. – 32с.
7. Яриніч-Бучинська Н.П. Результати рентгенологічного дослідження хворих на генералізований пародонтит після хірургічного лікування / Н.П. Яриніч-Бучинська, В.К. Югов, П.М. Скрипніков // *Новини стоматології*. – Львів, 2007. – № 3. – С. 41-44.
8. Мазур І.П. Вікові особливості структурно-функціонального стану тканин пародонта та кісткової тканини у жінок / І.П. Мазур, О.М. Ступницька // *Здоров'я жінчини*. – 2012. – № 9 (75). – С. 143-150.
9. COPD, bone metabolism and osteoporosis [Text] / A. Lehouck [et al.] // *Chest*. – 2011. – Vol. 139. – P. 648–657.
10. Osteoporosis Prevalence and Associated Factors in Patients With COPD: A Cross-Sectional STUDY [Text] / D.R. Silva [et al.] // *Respiratory Care*. – 2011. – Vol. 56. – P. 961–968.