

УДК: 616.314-007.273-07-089.23

Н. В. Пилипів, к. мед. н.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ДІАГНОСТИКА ТА СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ ТРАНСПОЗИЦІЇ ЗУБІВ

Транспозиція зубів – складна ортодонтична патологія, при якій два зуби міняються місцями у зубному ряді. За даними вивчення 54 історій хвороб пацієнтів із наявністю транспозиції виявлено, що 68,9% транспозиція зубів виявляється на верхній щелепі, у 89,2% випадків місцями міняються ікла та перший премоляр, та що у жінок дана патологія виникає значно частіше [1].

Іноземні автори розрізняють повну транспозицію, тобто корпусне переміщення двох зубів і неповну зубів - коронки зубів міняються місцями, але корені займають фізіологічне положення [2]. Також дослідженням встановлено, що найчастіше транспозиція відбувається між іклом і першим премоляром.

Мета. Проаналізувати частоту транспозиції у пацієнтів, які звертаються за ортодонтичною допомогою, виявити основні клінічні прояви аномалії, проаналізувати можливі способи лікування транспозиції.

Матеріал та методи. Обстежено 228 пацієнтів з різноманітними аномаліями зубів, зубних рядів та прикусу. Серед них 81 особа чоловічої та 147 осіб жіночої статі віком від 8 до 18 років. При обстеженні пацієнтів застосовували клінічне та рентгенологічне дослідження, біометрію діагностичних моделей, що дозволяло об'єктивно оцінити стан зубощелепної системи. У тих випадках, коли даних рентгенографії було не достатньо для визначення локалізації зубів, проводили комп'ютерну томографію.

Результати дослідження. В ході дослідження виявлено транспозицію зубів у 7 пацієнтів, що складає 3,07%. У 3 із них транспозиція локалізувалась у ділянці латерального різця та ікла, у 4 – ікла та першого премоляра. У 6 із 7 пацієнтів транспозиція виявлена на лівій половині верхньої щелепи.

У всіх цих випадках пацієнти звернулись за ортодонтичною допомогою у зв'язку з відсутністю певного зуба у зубній дузі, тобто транспозиція є перешкодою для прорізування.

Клінічно транспозиція у порожнині рота проявлялась порушенням оклюзії, зміщенням зубів мезіально, в одному випадку супроводжувались дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба.

Рентгенологічно у 3 випадках виявлено часткову транспозицію, (коронки зубів помінялись місцями, а корені залишились у правильному положенні), у 4 випадках – повну транспозицію. Використання тривимірної комп'ютерної томографії дозволяло у кожному з випадків детально вивчити взаємне розташування зубів, визначити розмір їх коренів і товщину альвеолярного відростка у ділянці цих зубів.

Процес ортодонтичного лікування транспозиції зубів тривалий і не завжди дозволяє здійснити повну корекцію положення зубів. У більшості випадків переміщення цих зубів у їх фізіологічне положення неможливе або недоцільне, оскільки переміщення зубів може викликати пошкодження тканин періодонту, втрату кісткової тканини з вестибулярної сторони. Тому після завершення ортодонтичного лікування з метою відновлення функції та естетики проводять терапевтичну або ортопедичну корекцію зубів. До видалення окремих зубів вдаються при вираженому дефіциті місця в зубній дузі.

Судячи з наших спостережень, можна зробити певні **висновки**: транспозиція, як правило, виникає на верхній щелепі, у більшості випадків на лівій її половині, що співпадає з даними літератури. Лікування транспозиції зубів індивідуальне, залежить від локалізації, стану пародонту, розмірів зубів та їх коренів, стану прикусу. При обстеженні пацієнтів з транспозицією доцільно проводити ретельне рентгенологічне обстеження та комп'ютерну томографію.



УДК: 378.147+371.15

В. П. Пюрик, Г. П. Ничипорчук, Г. Б. Проць, О. Б. Пермінов, Л. В. Тарнавська, Л. З. Деркач

Івано-Франківський національний медичний університет

КРЕДИТНО-МОДУЛЬНА СИСТЕМА В ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ СУБОРДИНАТОРІВ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Основним завданням сучасної вищої освіти в Україні є забезпечення якості підготовки лікарів згідно вимог Болонського процесу, що полягає в євроінтеграції системи вищої освіти України, запровадженні кредитно-модульної системи навчання, організації навчального процесу шляхом використання нових методик засвоєння студентами як теоретичних знань, так і оволодіння ними практичних навичок. Впровадження кредитно-модульної системи створює можливості для співпраці між навчальними закладами, викладачами, студентами на єдиній навчально-методичній основі. Основними елементами кредитно-модульної системи є: - наявність кредитів для вивчення дисциплін; - відсутність екзаменів; - збільшення відсотка самостійної роботи студента; - введення рейтингової системи ЕСТ8.

Студенти 5-го курсу стоматологічного факультету випуску 2012-2013 навчального року проходять навчання на кафедрі хірургічної стоматології ще за старою навчальною програмою. У 2013-2014 навчальному році студенти 5-го курсу стоматологічного факультету будуть навчатися в умовах кредитно-модульної системи. З цією метою відповідно до кредитно-модульної системи навчання було розроблено нові навчальні програми, введено єдину універсальну шкалу оцінювання успішності студентів. На підставі нової робочої навчальної програми на кафедрі хірургічної стоматології в десятому семестрі планується вивчення модуля №6 «Субординатура», з проведенням підсумкового модульного контролю. Структура модуля №6 «Субординатура» складається з 20 практичних 6-ти годинних занять (120 годин).

Для вивчення циклу передбачається проведення роз'яснення студентам структури модуля, організації та проведення практичних занять, системи оцінювання. Оцінка за модуль буде визначатися як сума оцінок поточної навчальної діяльності та підсумкового модульного контролю. Поточний контроль здійснюється на кожному практичному занятті відповідаю заданих тем і включає оцінювання:

- початкового рівня (тестовий контроль);
- основного етапу практичного заняття (індивідуальне опитування, робота біля ліжка хворого, контроль професійних умінь під час мікро-курації хворих);
- кінцевого рівня знань (вирішення типових ситуаційних задач).

Студент допускається до підсумкового модульного контролю при умові виконання годин навчальної програми та при отриманні необхідної кількості балів за модуль. Незадовільні оцінки студентами відраховуються. На підсумковий, модульний контроль виносяться 100 задач типу «Крок-2». Результати оцінюються в балах та додаються до сумарної оцінки за модуль.

Провівши аналіз переходу на кредитно-модульну систему навчання слід відмітити, те що в 10 семестрі в об'ємі модуля №6 «Субординатура» не передбачено тематики для проведення самостійної роботи, також не передбачені теми для читання лекцій, що на нашу думку є певним недоліком модуля №6 «Субординатура» та є підставою для подальшої роботи по вдосконаленню даного модуля.



УДК: 616-089+616-001+617.52

*В. П. Пюрик, Г. Б. Проць, С. А. Огієнко, Я. В. Пюрик, Жад Тахер,
Н. П. Гвоздик, Т. Л. Маландевич, В. Л. Козут*

Івано-Франківський Національний Медичний Університет

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ДЕФЕКТІВ СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ЛИЦЯ

В сучасних умовах зростає кількість травматичних пошкоджень лица, особливо внаслідок дорожньо-транспортних пригод. Травматичні деформації середньої зони лица виникають після відсутності належного лікування, або неадекватної діагностики. Часто в перші дні після травми скарги пацієнта незначні, що інколи зумовлює відмову від подальшого лікування, особливо, коли травма супроводжується алкогольною інтоксикацією. Зростають труднощі діагностики і лікування при пошкодженні декількох кісткових структур зокрема стінок і дна орбіти. Проблема посттравматичних деформацій лицевого черепа і реконструктивних втручань з метою їх усунення актуальна, про що свідчать чисельні публікації у вітчизняній і зарубіжній літературі (В. О. Маланчук, 2009). Посттравматичні деформації часто супроводжуються атрофією м'яких тканин лица зі зміною контурів, порушенням симетричності сторін і виникненням спотворення, що негативно впливає на загальний стан і психіку хворого. Для репозиції і фіксації кісток лицевого черепа більшість сучасних хірургів використовують титанові мініпластинки і шурупи (В. О. Маланчук 1984, 2012). У випадках посттравматичної деформації ефективність лікування хворих визначається не стільки здатністю виконати складне оперативне втручання, скільки вмінням хірурга визначити показання до того чи іншого втручання (Г.А.Хацкевич, М.М.Соловьев и соавт., 2006).

Мета дослідження. Розробка алгоритму лікування хворих на посттравматичні деформації середньої зони лица, які потребували реконструкції дна очниці.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 19 пацієнтів на посттравматичні деформації середньої зони лица, в процесі лікування яких виконано реконструкцію дна орбіти. Крім загальноклінічного обстеження і обстеження лицевого черепа, хворим виконували ортопантомографію щелеп, рентгенографію СНЩС за Шулером, та спіральну комп'ютерну томографію з 3D реконструкцією, в деяких випадках МРТ. До обстеження залучали висококваліфікованого рентгенолога, окуліста, отоларинголога.

Основними причинами переломів кісток лицевого черепа були: побутова травма - 63%, транспортна - 31%, інші причини - 6%. У всіх пацієнтів пошкодженими були три і більше лицевих кісток. Час від травми до настання посттравматичної деформації становив $1,5 \pm 0,3$ роки. Після складання плану лікування, виконували оперативне лікування, застосовуючи рефрактуру, репозицію кісток лица в правильне положення з фіксацією титановими міні пластинами, при відсутності дна очниці, її відновлювали за допомогою титанової пластини, яку фі