

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Кафедра пропедевтики хірургічної стоматології



ЗБІРКА ТЕЗ

Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю присвячена 105 річчю Полтавського
державного медичного університету
«Захворювання скронево-нижньощелепного суглобу.
Мультидисциплінарний підхід до діагностики та лікування»



ПОЛТАВА
19-20 травня 2026 року

Редакційна колегія:

Вячеслав ЖДАН – головний редактор

Вадим НОВІКОВ – заступник головного редактора

Катерина РЕЗВІНА – відповідальний редактор

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

(створений відповідно до наказу за № 164 від 13 квітня 2026 року)

Голова оргкомітету:

Вячеслав Ждан, ректор Полтавського державного медичного університету.

Заступники голови оргкомітету:

Валентин Дворник, перший проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи Полтавського державного медичного університету;

Ігор Кайдашев, проректор закладу вищої освіти з наукової роботи Полтавського державного медичного університету;

Давид Аветіков, проректор закладу вищої освіти з навчальної роботи Полтавського державного медичного університету;

Вадим Новіков, завідувач кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету.

Члени оргкомітету:

Катерина Резвіна, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Олена Дубровіна, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Артур Панькевич, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Андрій Гоголь, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Інна Колісник, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Олег Горбаченко, асистент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Марія Коросташова, асистент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету.

Відповідальний секретар:

Катерина РЕЗВІНА, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології

Технічна підтримка:

Дмитро Хміль, провідний фахівець наукового відділу

Борисова І.В., Борисова Є.С., Коваленко В.В.

ПРОФІЛАКТИКА ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВСУ ТА ДПСУ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ.

Українська військово-медична академія, Київ, Україна

Актуальність теми. Збереження високого рівня здоров'я населення є однією із найважливіших ознак успішного розвитку суспільства . Ураженість населення України захворюваннями порожнини рота складає близько 92 - 98%. При цьому для вікової категорії 15 - 19 років ураженість складає 85 - 100% і переважають легкі форми захворювань (карієс, запальні захворювання пародонту), а для вікової категорії 35 - 44 роки ураженість становить близько 75%, проте, з перевагою більш тяжких нозологій у вигляді деструктивних змін в тканинах пародонту.

Умови життя і діяльності особового складу ВСУ, ДПСУ, інших військових формувань України, пов'язані з особливостями їх військової професії мають вплив на перебіг патологічних процесів різних систем і органів, у тому числі ротової порожнини, що вимагає відповідних методів профілактики та лікування.

Захворювання зубів та запальні процеси тканин періо- та пародонту призводять до появи і розвитку ускладнень, які впливають на загальний стан організму, знижують здатність військовослужбовців виконувати завдання за призначенням.

Незадовільний стан ротової порожнини викликає необхідність частих стоматологічних втручань, що порушує виконання військовослужбовцем своїх службових завдань.

Під час планування заходів первинної профілактики захворювань ротової порожнини необхідно враховувати особливості побуту, що доцільним є у військовослужбовців, які перебувають у зоні проведення

бойових дій та проводити профілактичні заходи у поєднанні з лікувальними.

Своєчасне проведення стоматологічного обстеження військовослужбовців для виявлення стоматологічних захворювань, рівня гігієни ротової порожнини та ефективності надання попередньої стоматологічної допомоги дає можливість зберігати боєздатність військового підрозділу для виконання поставлених завдань.

В медичній літературі небагато уваги приділяється розробки та впровадженню стоматологічних профілактичних програм для сил оборони України та оцінки їх ефективності в умовах військового стану.

Мета дослідження – наукове обґрунтування та впровадження комплексної програми профілактики основних стоматологічних захворювань серед деяких підрозділів ЗСУ в умовах військового стану.

Матеріали та методи. Проведено обстеження та лікування 300 військовослужбовців ЗСУ та ДПСУ віком від 25 до 45 років, які звернулися за стоматологічної допомогою. Під час проведення дослідження ми використовували бібліосемантичні, клінічні, лабораторні та статистичні методи дослідження та обробки отриманих результатів.

На першому етапі дослідження проведений аналіз епідеміологічних показників основних стоматологічних захворювань серед населення, військовослужбовців та сучасних методів і засобів профілактики за даними літературних джерел.

В ході другого етапу провели анкетування та стоматологічне обстеження військовослужбовців ЗСУ та ДПСУ. Анкетування проводили за допомогою розробленою нами анкетою для вивчення особливостей харчування, шкідливих звичок, рівня знань щодо гігієнічного догляду за ротовою порожниною. Клінічне обстеження проводили за загально прийнятою методикою, визначали стан твердих тканин зубів, прикусу, рівень гігієни порожнини рота та стан тканин пародонту. Лабораторні

дослідження включали проведення рентгенологічного обстеження (ортопантомографія, КТ-діагностика за потребою).

На третьому етапі розроблена та впроваджена комплексна програма профілактики основних стоматологічних захворювань з урахуванням особливостей побуту та професійної діяльності військовослужбовців під час військового стану, визначена її ефективність.

Розроблений та впроваджений лікувально-профілактичний комплекс по догляду за ротовою порожниною для індивідуального використання військовослужбовцями під час виконання завдань за призначенням.

Результати досліджень. Нами проведено анкетування 300 військовослужбовців ЗСУ та ДПСУ. На підставі аналізу анкет виявлено недостатній рівень знань щодо індивідуальної гігієни порожнини рота, порушення харчування, надмірне вживання цукру, шкідливі звички (паління). Рівень гігієнічних знань серед військовослужбовців становив такі показники: “добрий” – 16%, “задовільний” – 38%, “незадовільний” – 46%, таким чином майже 84 % осіб мали недостатній рівень гігієнічних знань. Всі обстежені мали ті чи інші порушення харчування, а саме: надмірне вживання цукру – 60%, порушенням режиму харчування – 30%, вживанням газованих напоїв – 10%. Така шкідлива звичка як паління виявлена у 86% опитуваних.

Під час клінічного обстеження рівень гігієни порожнини рота був достатнім у 40% , задовільним – 50%, незадовільний у 10% обстежених.

Серед стоматологічних захворювань карієс складав 16%, незворотній пульпіт – 15%, гінгівіт – 51%, пародонтит – 13%. Наявність твердих зубних відкладень виявлено у 18% обстежених. Здорову ротову порожнину мали тільки 15% обстежених.

Всім військовослужбовцям проведена санація порожнини рота. Після санації пацієнти були розподілені на дві групи по 150 осіб –

основу та контрольну. В контрольній групі не проводили навчання з індивідуальної гігієни порожнини рота та професійну гігієну, надані рекомендації щодо гігієнічного догляду із застосуванням будь-яких засобів гігієни. Військовослужбовцям основної групи провели навчання з індивідуальної гігієни ротової порожнини, професійну гігієну та призначили розроблений лікувально-профілактичний комплекс по уходу за ротовою порожниною.

В строки спостереження 6 та 18 місяців у військовослужбовців основної групи добрий рівень гігієни спостерігали у 93%, відсутність кровоточивості ясен у 97% обстежених, здорова порожнина рота була у 94% обстежених. В контрольній групі добрий рівень гігієни був тільки у 38%, у 85% відмічалася кровоточивість ясен, здорову порожнину рота мали тільки 15% обстежених.

Таким чином, запропоновані нами профілактичні заходи та Програма профілактики виявились досить ефективними серед військовослужбовців ЗСУ та ДПСУ. Ефективність програми профілактики склала 94% в основній групі обстежених в терміни спостереження 6 – 18 міс.

Висновки. Аналіз рівня стоматологічного здоров'я військовослужбовців згідно з даними анкетування показав, що майже 84% осіб мають недостатній рівень гігієнічних знань. Всі обстежені мали ті чи інші порушення харчування, а саме: надмірне вживання цукру – 60%, порушенням режиму харчування – 30%, вживанням газованих напоїв – 10%. Найбільш шкідливою звичкою виявилось паління у 81% військовослужбовців.

Серед стоматологічних захворювань карієс складав 16%, незворотній пульпіт – 15%, гінгівіт – 51%, пародонтит – 13%. Здорову ротову порожнину мали тільки 15% обстежених.

Ефективність запропонованою нами Програми профілактики для військовослужбовців ЗСУ та ДПСУ склала 94% в основній групі обстежених в терміни спостереження 6 – 18 місяців, що дозволяє нам наблизити рівень стоматологічного здоров'я до стандартів НАТО, підвищити рівень боєздатності військових при виконанні завдань за призначенням в умовах військового стану.

З.В. Василик, С.М. Рожко, Б.Л. Пелехан

ВИВЧЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра
стоматології післядипломної освіти, Україна

Актуальність. Заміщення дефектів зубних рядів незнімними конструкціями зубних протезів є важливим етапом ортопедичного лікування, метою якого є відновлення жувальної ефективності, а також досягнення високого естетичного результату. Незнімні ортопедичні конструкції повинні відповідати певним критеріям а саме:

- Не травмувати тканини пародонту опорного зуба;
- Виконувати естетичну функцію;
- Не містити гострих країв;
- Відповідати оклюзійним співвідношенням.

Також дуже важливим є якісна підготовка опорного зуба до ортопедичного лікування. Адже задовільний стан тканин пародонту та профілактика ускладнень після ортопедичного лікування дає можливість досягнути довготривалого позитивного результату заміщення дефектів зубних рядів незнімними конструкціями зубних протезів. Також враховуючи дані літератури, щодо часу експлуатації ортопедичних

конструкцій, вона прямопропорційно залежить від якості виготовленої конструкції та догляду за нею.

Зважаючи на вищеперераховані фактори можна зробити висновок, що ускладнення, які виникають при довготривалому користуванні незнімними конструкціями зубних протезів негативно впливають на якість ортопедичної допомоги населенню і потребують детального наукового вивчення.

Метою дослідження стало вивчення ускладнень, які виникають під час тривалого використання незнімних ортопедичних конструкцій.

Матеріали та методи дослідження На базі кафедри стоматології ПО ІФНМУ нами було обстежено 130 пацієнтів для встановлення характеру ускладнень, що виникають під час тривалого використання незнімних ортопедичних конструкцій. Співвідношення обстежених пацієнтів, які проживають у місті чи в селі відображає певне співвідношення: 78 жителів міста та 52 жителя сільської місцевості.

Створено спеціальну карту огляду для визначення основних скарг пацієнтів. Стан незнімних ортопедичних конструкцій та опорних зубів оцінювали на основі результатів анамнезу, рентгенологічних та комп'ютерно-томографічних знімків і даних клінічного стоматологічного обстеження.

Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою прикладних програм Microsoft Office Exel. Всі обчислення достовірності переформатовані у файлі xls. Microsoft Exel.

Результати. Нами було обстежено 130 пацієнтів та встановлено, що у всіх наявні різного типу незнімні ортопедичні конструкції. Зауважимо, що у пацієнтів, у яких дефекти зубного ряду у фронтальній ділянці, переважає ортопедичне лікування за допомогою металопластмасових коронок (46 %), а також суцільнолиті коронки (35 %) відповідно.

Однією з основних характеристик якості незнімної ортопедичної конструкції є час її використання пацієнтом. Згідно даних літературних джерел термін служби незнімної металопластмасової ортопедичної конструкції до 5 років. Далі вони підлягають огляду і плановій заміні, адже пластмаса старіє та втрачає колір, як наслідок зменшується її функціональні та естетичні характеристики. Отримані нами дані свідчать про те, що у 53 пацієнтів конструкції зафіксовані від 5 до 10 років (41 %), 52 пацієнти у яких конструкції більше 10 років (40 %). На противагу лише у 7 пацієнтів конструкції до 3 років (5 %) і від 3 до 5 років у 18 пацієнтів (14 %) відповідно. Також нами було проаналізовано скарги пацієнтів. Варто зазначити, що з переліку переважають скарги на порушення цілісності конструкції (82,31 %), кровоточивість ясен (73,08 %) та неприємний запах з ротової порожнини (72,31 %). Теж присутні скарги на гострі краї ортопедичних конструкцій (49,23 %), порушення оклюзійних співвідношень (24,62 %) і рухомість опорних зубів (20 %).

Висновки. Отримані результати обстеження 130 пацієнтів вказують на високу поширеність та недостатній рівень ортопедичного лікування незнімними ортопедичними конструкціями зубних протезів, як наслідок незадовільний рівень естетики та функціональності даних конструкцій. Це означає що, незнімні ортопедичні конструкції, які використовувалися для заміщення дефектів зубних рядів, не відповідають загальноприйнятим нормам та потребують заміни.

Дворник В.М., Кузь Г.М., Тесленко О.І., Кузь В.С., Ілляшенко Ю.І.,
Лунькова Ю.С., Мартиненко І.М.

**ФАКТОРИ АТРОФІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКУ У
ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ КОРИСТУЮТЬСЯ
ПОВНИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Актуальність. Після повної втрати зубів зубощелепна система підлягає інволюційним процесам, які призводять до значних функціональних та морфологічних змін. Змінюються анатомічна форма і топографічне взаємовідношення м'яких і твердих тканин обличчя. Відбуваються зміни в скронево-нижньощелепному суглобі. Пацієнти похилого віку становлять досить великий і постійно зростаючий сегмент, які потребують стоматологічної допомоги. Протиріччя між складністю старіння і спрощенням підходів до його вивчення – основне протиріччя сучасної геронтології, науки про літніх людей.

Протезування дефектів зубних рядів знімними протезами після 50 років досягає 56%, а у пацієнтів від 40 до 50 років до 15-20%.

Однією із основних проблем у протезуванні пацієнтів даними конструкціями, є адаптація пацієнта до виготовлених протезів.

До стійких морфологічних і функціональних порушень тканин протезного ложа можна віднести користування знімними протезами, які можуть часто мати запальний характер.

Мета дослідження. Дослідити фактори виникнення атрофії альвеолярних відростків у пацієнтів, які користуються повними знімними протезами та їх вплив на супутні захворювання та на атрофію альвеолярного відростка.

Матеріали та методи. Дослідження скарг пацієнтів ортопедичного профілю з метою покращеної корекції та адаптації до повних знімних протезів.

Результати. В ході проведення дослідження на основі скарг та пропозицій пацієнтами, які користувалися даними протезами ми отримали наступні результати.

Рельєф жувальної поверхні, викривленість зубних рядів у сагітальній і трансверзальній площинах, просторове розташування оклюзійної площини відносно відстані між верхівками альвеолярних

відростків, орієнтація штучних зубів відносно середини альвеолярного відростка верхньої і нижньої щелеп мають безпосереднє значення для стабілізації повних знімних протезів.

Якісно виготовлені знімними протезами не тільки відновлюють жувальну функцію, а й створюють функціональні подразнення в альвеолярних відростках, що зменшують розвиток атрофії. Атрофічні процеси під знімними протезами в підлеглих тканинах відбуваються безперервно і мають нерівномірний характер. Тривалість повноцінного користування повними протезами може бути збільшена, якщо в застосуванні методики одержання відбитків будуть ураховуватися особливості стану слизової оболонки, тобто її піддатливість. Лікувально-профілактичні методи спрямовані на нейтралізацію побічної дії базису протеза. Пластмасові зубні протези в порожнині рота витримують значні функціональні навантаження. Тому матеріали для їх виготовлення повинні мати високі фізико-механічні властивості.

Якість протезування визначається не тільки станом тканин протезного ложа, вона багато в чому залежить від дотримання послідовності та змісту клінічних і лабораторних маніпуляцій, властивостей використовуваних матеріалів, психологічної підготовленості пацієнта .

Висновки. Таким чином, базуючись на проведеному дослідженні можна встановити, що функціональні зміни, які пов'язані з втратою зубів, викликають мікроскопічну і макроскопічну перебудову щелепних кісток унаслідок чого, і відбувається атрофія кісткової тканини.

Домбрович С., Рожко С., Пелехан Б.

ВПЛИВ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ ВОЄННОГО ЧАСУ НА СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ В УКРАЇНІ

Івано-Франківський національний медичний університет,

м.Івано-Франківськ

Україна

Стрес чинить суттєвий вплив на психічне здоров'я населення в умовах бойових дій, що зумовлено складною взаємодією психологічних та фізіологічних механізмів. Стоматологічне здоров'я дорослого населення України є невід'ємною складовою загальносоматичного стану організму та виступає важливим інтегральним показником соціально-економічного розвитку суспільства, рівня добробуту і санітарної культури населення. Збереження та підтримання здоров'я ротової порожнини залишаються одним із пріоритетних напрямків системи охорони здоров'я.

Мета дослідження – проаналізувати вплив стресових факторів воєнного часу на стоматологічні звички та стан стоматологічного здоров'я молодого населення України.

Матеріали та методи дослідження.

У дослідженні взяли участь 36 респондентів молодого віку – жителів України різної статі, серед яких 20 жінок та 16 чоловіків. За віковим розподілом переважали особи віком 19–26 років ($48,3 \pm 6,5 \%$) та 27–32 роки ($38,4 \pm 6,3 \%$). Частка респондентів віком до 18 років становила $13,3 \pm 4,4 \%$.

Опитування проводили за допомогою стандартизованої анкети, що містила блоки запитань щодо:

- психоемоційного та фізіологічного стану;
- самооцінки стану ротової порожнини;
- змін у гігієнічних звичках під впливом стресових факторів.

Статистичну обробку результатів здійснювали методами описової статистики з визначенням відносних величин (%) та стандартної похибки ($\pm m$).

Результати дослідження.

З метою визначення впливу психоемоційного стану на стоматологічне здоров'я респондентам було запропоновано оцінити стан ротової порожнини та можливі зміни, що виникли в період воєнних дій.

Усі 36 (100 %) опитаних мали можливість звернутися за стоматологічною допомогою та скористалися нею під час війни. При цьому 28 ($78,3 \pm 5,3$ %) осіб повідомили про наявність проблем із зубами чи яснами, тоді як 8 ($21,7 \pm 5,3$ %) респондентів не відзначали жодних скарг. Отримані дані свідчать про збереження високої потреби у стоматологічній допомозі навіть в умовах воєнного часу та відповідального ставлення населення до власного здоров'я.

На запитання щодо впливу стресу на стан ротової порожнини 7 ($21,8 \pm 5,3$ %) респондентів зазначили погіршення стоматологічного здоров'я, 26 ($74,0 \pm 5,7$ %) не помітили змін, а 3 ($4,4 \pm 2,6$ %) не змогли оцінити вплив стресу.

Для аналізу впливу воєнних подій на індивідуальну гігієну ротової порожнини учасникам дослідження було поставлено запитання щодо змін частоти, тривалості та якості догляду за зубами. Встановлено, що більшість респондентів ($57,52 \pm 6,4$ %) відзначили незначний вплив війни на їхні гігієнічні звички, $34,77 \pm 6,1$ % не зафіксували жодних змін, і лише 8,6 % опитаних повідомили про помірні або суттєві зміни у щоденному догляді за ротовою порожниною.

Висновки.

Отримані результати можуть свідчити про сформованість стійких гігієнічних навичок та усвідомлення важливості підтримання стоматологічного здоров'я навіть в умовах підвищеного психоемоційного

навантаження. Водночас частина населення все ж стикається з труднощами у догляді за ротовою порожниною, що може бути пов'язано з обмеженим доступом до водопостачання, електроенергії, стоматологічної допомоги та фінансовими труднощами. Зазначені чинники доцільно розглядати як вторинні наслідки воєнних дій, які необхідно враховувати під час розробки та впровадження профілактичних стоматологічних програм.

Drok Victoria Oleksandrivna

PREVENTION OF RELAPSE OF PERIODONTAL DISEASES IN PATIENTS AFTER ORTHODONTIC TREATMENT

Dnipro State Medical University

Introduction. Prevention of relapses of periodontal diseases after treatment of malocclusions with fixed orthodontic equipment remains a relevant issue. This especially applies to patients who have signs of undifferentiated connective tissue dysplasia. It is known that disorders that develop alongside this pathology, such as malocclusions, hemodynamic shifts in the microcirculation system and tissue immunity disorders, contribute to the development of inflammatory periodontal diseases. Therefore, the probability of relapse of periodontal diseases after treatment with fixed orthodontic equipment is quite high.

Objective. The aim of the study is to develop a method of treatment of periodontal diseases aimed at reducing the number of relapses, depending on the state of bone tissue in patients who underwent orthodontic treatment with fixed structures.

Materials and methods. The treatment of malocclusions and periodontal diseases was carried out in patients suffering from scoliosis with signs of osteopenic syndrome. Patients are divided into four groups of 24 people each - three main groups and a comparison group. The method of drug

correction of osteopneic conditions of the alveolar process was developed and applied. Patients of the second, third and fourth groups had chronic catarrhal gingivitis mainly in a generalized form. Orthodontic treatment of crowding of teeth was carried out in all patients with the help of fixed equipment.

Results. It was established that the hygienic index before orthodontic treatment was significantly higher in patients with scoliosis. The patients of the first group had an intact periodontium before the start of orthodontic treatment. The PMA index at the beginning of the retention period in patients of this group increased to $1.98 \pm 0.70\%$ ($p < 0.05$), which indicates inflammation of periodontal tissues in the area of individual teeth, and this may be related to the effect of local factors. After removing the orthodontic equipment, the inflammatory phenomena in the periodontal tissues were eliminated. Patients of the second, third and fourth groups had chronic catarrhal gingivitis of almost the same degree before the start of orthodontic treatment (for all comparisons of the PMA index between groups, $p > 0.90$ according to Duncan's test). On the basis of a clinical and radiological examination of the periodontium, all 72 patients with scoliosis were diagnosed with chronic catarrhal gingivitis.

The PMA indicator averaged $24.54 \pm 1.7\%$, which indicates a mild degree of chronic catarrhal gingivitis. Patients with scoliosis more often had a generalized form of the disease. They often complained of bleeding gums when brushing their teeth and eating solid food. In contrast to somatically healthy children, almost all patients with malocclusions against the background of scoliosis showed osteoporosis in the interalveolar membranes while maintaining their height and the cortical plate.

Patients of the comparison group did not have periodontal diseases. The hygiene index in examined patients without general somatic pathology was on average 1.46 ± 0.06 , which is assessed as "satisfactory", and in patients with scoliosis, the hygiene index was on average 2.19 ± 0.08 , which is assessed as "unsatisfactory". Before fixation of orthodontic equipment, treatment of

periodontal diseases was carried out. In the patients of the second group, a recurrence of gingivitis was observed, the PMA index increased by 19.7% ($p < 0.001$), after the end of orthodontic treatment, inflammatory phenomena remained in the periodontal tissues, but the PMA index decreased by 48.3% compared to the initial level ($p < 0.001$) and amounted to $12.69 \pm 1.17\%$. In patients of the third and fourth groups, already at the beginning of the retention period, a decrease in the PMA index was noted - by 31.7 and 91.4%, respectively, by group ($p < 0.001$). Further dynamics of the indicator in these groups was also significant (decrease by 85.8 and 98.4% compared to the initial level) and more pronounced in patients of the fourth group, where the level as in healthy teenagers was reached ($p > 0.90$). Long-term treatment results were evaluated 12 months after the end of the retention period of orthodontic treatment.

Conclusions. The assessment of the state of periodontal tissues after use of the developed treatment complex showed its high efficiency, which was manifested by a decrease in the PMA index by 98.4% compared to the initial level and a low level of periodontal diseases relapse.

Виженко Є.Є.¹, Куроедова В.Д.¹, Виженко Г.В.²

КОМПЛЕКСНА ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПАТОЛОГІЙ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

¹Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

²КП «1-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради», Полтава,
Україна

Актуальність теми. Патології скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) посідають одне з провідних місць серед стоматологічних захворювань. Складність анатомічної будови та біомеханіки суглоба зумовлює високі вимоги до методів променевої діагностики. На теперішній час стандартом сучасної діагностики захворювань СНЩС є

використання конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ) для об'єктивізації морфологічних та топографічних змін.

Мета дослідження. Провести комплексний аналіз інформативності КПКТ та МРТ в оцінці просторового положення, морфометрії та патологічних змін кісткових і м'якотканинних структур СНЩС.

Матеріали та методи. Дослідження базується на аналізі діагностичних можливостей КПКТ та МРТ. Проведено аналіз методик морфометричної оцінки суглобових щілин на сагітальних зрізах, застосування стандартизованої сітки Н. Gelb для визначення позиції суглобових головок, а також методу розрахунку кутів ротації виростків в аксіальній площині з використанням краніометричних орієнтирів.

Результати та їх обговорення. Базовим методом оцінки кісткових структур СНЩС є КПКТ, що забезпечує візуалізацію у трьох площинах без проєкційних накладань при відносно низькому променевому навантаженні. Метод дозволяє виявити ознаки дегенеративно-дистрофічних змін, таких як субхондральний склероз, ерозії, остеофіти та сплющення суглобових головок. Проте, відсутність візуалізації м'яких тканин робить КПКТ недостатнім для повної оцінки внутрішніх порушень суглоба.

МРТ є золотим стандартом візуалізації м'якотканинних елементів. Дослідження у T1 та T2 зважених режимах у стані звичного змикання та при відкритому роті дозволяє верифікувати положення суглобового диска, наявність його дислокації (з вправленням або без), а також стан біламінарної зони і наявність запального випоту. Режим PD (протонна щільність) застосовується для чіткої візуалізації суглобового диска та зв'язок.

В стоматології та ортодонтії ключовим етапом діагностики є просторовий аналіз позиції суглобових головок. У нормі ширина

суглобових щілин на сагітальних зрізах демонструє наступне співвідношення: передня суглобова щілина (ПСЩ) – 1,3–2,0 мм, вужча за задню (ЗСЩ), яка становить 2,0–3,0 мм, а верхня (ВСЩ) – 2,5–3,5 є найширшою. Зміна цього патерну, зокрема звуження задньої щілини (ЗСЩ < ПСЩ), є достовірною рентгенологічною ознакою дистального зміщення виростка, що патогенетично пов'язано з передньою дислокацією диска.

Для стандартизації топографії суглобової головки також застосовується метод Н. Gelb. Накладання сітки 4x4 на бічну томограму дозволяє ідентифікувати фізіологічну норму, при якій геометричний центр головки позиціонується у квадранті 4/7 (передньо-верхня позиція на скаті суглобового горбка). Це є критичним орієнтиром для визначення терапевтичної позиції нижньої щелепи при ортодонтичному та гнатологічному лікуванні.

Прецизійна оцінка асиметрії здійснюється шляхом аналізу ротації виростків в аксіальній площині. Просторове положення оцінюється відносно стабільних структур основи черепа: сагітальної лінії симетрії та лінії, що проходить по зовнішньому краї крилоподібних відростків клиноподібної кістки..

Висновки. Максимальна діагностична ефективність при патологіях СНЩС досягається виключно за рахунок інтеграції даних КПКТ та МРТ.

Детальний аналіз ширини суглобових щілин та використання сітки Н. Gelb є об'єктивними критеріями для верифікації дистального зміщення виростків та подальшого планування оклюзійної реабілітації.

Оцінка кутів ротації та позиціонування центрів головок відносно стабільних краніометричних орієнтирів на аксіальних КПКТ зрізах забезпечує математично точну об'єктивізацію просторових асиметрій нижньої щелепи.

Євчук Ю.І., Пантус А.В., Рожко С.М.

ВИВЧЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ ТА РОЗПОДІЛУ АНТИБІОТИКІВ У ФІБРИНОВОМУ МАТРИКСІ.

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-
Франківськ, Україна, кафедра стоматології післядипломної освіти,
кафедра хірургічної стоматології.

Актуальність.

Застосування PRF (Platelet Rich Fibrin) у стоматології є ефективним методом стимуляції регенерації тканин. Водночас актуальним залишається питання локального контролю інфекції. Використання PRF як носія антибіотиків із пролонгованим вивільненням відкриває нові можливості для підвищення ефективності лікування.

Мета дослідження.

Вивчити особливості розподілу антибіотиків у фракціях крові та фібриновому матриксі, а також оцінити їх вплив на механічні властивості PRF.

Матеріали та методи.

Дослідження проведено на зразках венозної крові пацієнтів. Для насичення PRF використовували цефазолін, лінкоміцин та ципрофлоксацин у різних концентраціях. Фібриновий матрикс отримували методом центрифугування. Досліджували: сироватку після ретракції згустка; сироватку, відтиснуту із згустка; елюат фібринового матриксу. Антимікробну активність визначали диско-дифузійним методом та методом серійних мікророзведень із використанням *Staphylococcus aureus*.

Результати.

Встановлено, що всі досліджувані антибіотики проявляють антимікробну активність у складі PRF. Лінкоміцин продемонстрував найвищу здатність до інкорпорації у фібриновий матрикс, тоді як

ципрофлоксацин характеризувався низькою здатністю до включення. Цефазолін мав помірні показники розподілу. Показано, що до 70% антибіотика може утримуватись у PRF, переважно у рідкій фазі. Збільшення концентрації антибіотика сприяє його накопиченню у матриксі, однак високі дози (0,8 мл) негативно впливають на механічні властивості згустка.

Висновки.

1. Лінкоміцин є найбільш ефективним для насичення PRF серед досліджених антибіотиків.
2. Ципрофлоксацин має низьку здатність до інкорпорації у фібриновий матрикс.
3. Високі концентрації антибіотиків погіршують механічні властивості PRF.
4. Оптимальні концентрації забезпечують антимікробний ефект без порушення структури матриксу.

Іванов Р.О., Сарафинюк Л.А., Попова О.І.

КРАНІОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖУВАЛЬНОГО ТИСКУ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ: ЗВ'ЯЗОК З ПАТОЛОГІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ

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

Актуальність. Сконево-нижньощелепний суглоб (СНЩС) є ключовим компонентом жувальної системи, стан якого безпосередньо визначає характер розподілу оклюзійного навантаження на зубний ряд. Морфологія черепа — зокрема краніотип (брахікефалія, мезокефалія, доліхокефалія) — пов'язана з особливостями будови жувального апарату, товщиною жувальних м'язів та геометрією суглобових поверхонь СНЩС. Водночас нормативні показники жувального тиску для осіб юнацького

віку з урахуванням краніотипу залишаються практично недослідженими, що ускладнює оцінку функціонального стану СНЩС та планування профілактичних і лікувальних заходів при його патології.

Мета дослідження. Визначити краніометричні особливості жувального тиску в юнаків і дівчат різних краніотипів та оцінити їх клінічне значення для діагностики функціональних порушень СНЩС.

Матеріали та методи. Обстежено осіб юнацького віку (юнаки 17–21 року та дівчата 16–20 років) з фізіологічними видами прикусу та інтактним зубним рядом. Краніотип визначали за черепним показником (ЧП): брахікефалія — $\text{ЧП} > 80,0 \%$, мезокефалія — $75,0\text{--}79,9 \%$, доліхокефалія — $\text{ЧП} \leq 74,9 \%$; кефалометрію проводили товстотним циркулем. Жувальний тиск на кожному зубі визначали за допомогою системи Fuji Prescale MS з програмним забезпеченням FPD-8010E. Статистичний аналіз виконували з використанням непараметричних методів за критеріїв Манна-Уїтні.

Результати. Встановлено виражені краніометричні відмінності у величині жувального тиску. Найбільш значущі відмінності між краніотипами виявлено у зоні різців та ікол. У дівчат і юнаків з мезокефальною формою черепа жувальний тиск на різцях та іклах був достовірно найвищим порівняно з іншими краніотипами. Натомість особи з брахікефальним краніотипом характеризувалися достовірно зниженим жувальним тиском у фронтальній зоні зубного ряду — зокрема на іклах у дівчат-брахікефалів показник був найнижчим серед усіх груп порівняння, що статистично значуще відрізнялося від показників мезокефалів і доліхокефалів.

Характерним є те, що нерівномірний розподіл жувального тиску вздовж зубної дуги, найбільш виражений у осіб з брахікефальним краніотипом, може свідчити про дисбаланс оклюзійного навантаження між фронтальним і боковим відділами зубного ряду. Такий дисбаланс є

відомим чинником, що сприяє компенсаторному перевантаженню СНЩС і може лежати в основі формування його функціональних розладів.

У зоні молярів краніометричні відмінності між групами були мінімальними та здебільшого статистично незначущими, що підтверджує стабільну і провідну функціональну роль молярних зубів у жуванні незалежно від форми черепа. Водночас у юнаків з брахікефальною формою черепа спостерігалися достовірно нижчі показники жувального тиску на других молярах порівняно з представниками інших краніотипів, що може відображати особливості нейром'язової регуляції жування при цьому типі будови черепа.

Висновки. 1. Краніотип суттєво впливає на характер розподілу жувального тиску вздовж зубної дуги у осіб юнацького віку. 2. Особи з брахікефальною формою черепа характеризуються зниженим жувальним тиском у фронтальній зоні зубного ряду при відносно збереженому тиску на молярах, що формує нерівномірність оклюзійного навантаження — потенційний фактор ризику функціональних порушень СНЩС. 3. Отримані дані можуть слугувати основою для розробки краніотип-орієнтованих підходів до профілактики та ранньої діагностики патології СНЩС у осіб юнацького віку.

Камінська М.В., Попович З.Б.

СУЧАСНИЙ ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦІЙ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА: ВІД МАНУАЛЬНОГО АНАЛІЗУ ДО ЦИФРОВОГО ПРОТОКОЛУ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-
Франківськ, Україна

Актуальність. Патології СНЩС посідають третє місце серед стоматологічних захворювань за поширеністю. Сучасна гнатологія розглядає СНЩС як частину єдиної зубощелепної системи. Діагностика

сьогодні зміщується від простої констатації симптомів до глибокого біомеханічного аналізу взаємодії дисків, м'язів та оклюзії. Складність діагностики зумовлена мультифакторною етіологією (оклюзійні порушення, психоемоційний стрес, системні захворювання сполучної тканини), що вимагає впровадження комплексного діагностичного алгоритму.

Мета дослідження. Обґрунтувати ефективність поєднання методів візуалізації та функціонального аналізу для верифікації діагнозу та розробки патогенетично обґрунтованого плану лікування.

Клініко-функціональні методи діагностики.

1. **Гнатологічний огляд та мануальний аналіз:** Проведення пальпації жувальних м'язів та латеральних полюсів СНЩС, оцінка траєкторії відкривання рота (виявлення девіації чи дислокації) та аускультація суглобових шумів. Пальпація за методом Доусона дозволяє визначити центральне співвідношення та готовність суглоба до навантаження без дискомфорту. Мануальне тестування за методикою завантаження (Load Test) використовується для диференціації джерела болю (внутрішньосуглобове чи м'язове).
2. **Аналіз оклюзійних кривих (Шпес та Вілсона):** Оцінка архітекτονіки зубних рядів як фактора, що зумовлює вимушене положення нижньої щелепи.
3. **Електронна конділографія (аксіографія):** Пріоритетний метод реєстрації індивідуальних параметрів руху нижньої щелепи. Дозволяє визначити кути сагітального шляху (SCA) та кути Беннетта, що є критичним для програмування артикуляторів.
4. **Поверхнева електроміографія (пЕМГ):** Об'єктивна оцінка біоелектричної активності жувальних м'язів у стані спокою та при максимальному стисканні для виявлення м'язового дисбалансу та гіпертонусу.

Методи променевої візуалізації:

1. **Конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ):** дозволяє виявити дегенеративні зміни (субхондральний склероз, остеофіти, ерозії), а також оцінити симетрію суглобових щілин. **КПКТ-антропометрія** це використання спеціалізованого ПЗ (наприклад, Dolphin або Romexis) для вимірювання об'єму суглобової голівки та її положення у трьох площинах, що важливо для виявлення прихованої асиметрії.
2. **Магнітно-резонансна томографія (МРТ):** єдиний достовірний метод візуалізації суглобового диска. Дозволяє диференціювати типи дислокацій (з редукцією або без), оцінити стан біламінарної зони та наявність синовіту. Динамічна МРТ включає проведення дослідження не тільки у закритому чи відкритому положенні рота, а й з використанням функціональних проб для оцінки плавності ковзання диска та його еластичності.

Цифрова функціональна діагностика:

1. **Електронна кондилографія (JMA, Cadiax):**
 - Реєстрація протрузійних та латеротрузійних шляхів для виявлення структурних перешкод у суглобі.
 - Аналіз «петлі ковзання»: графічне відображення невідповідності між рухами диска та суглобової голівки.
2. **T-Scan аналіз:** Цифрова діагностика оклюзійних контактів у динаміці, що дозволяє виявити мікропередчасні контакти, недоступні при використанні артикуляційного паперу.
3. **Біометричний аналіз (T-Scan + ЕМГ):** Синхронізація даних оклюзійного навантаження з активністю м'язів (m. masseter, m. temporalis). Це дозволяє побачити, як саме передчасний контакт на зубі викликає патологічний спазм м'яза.

Цифрові інновації:

Інтраоральне сканування та віртуальний монтаж у 3D-артикуляторі: Інтеграція даних КТ, МРТ та конділографії у єдине цифрове середовище (Digital Patient) для симуляції оклюзійних корекцій.

Створення віртуального пацієнта: Поєднання STL-файлів (скани зубів), DICOM (дані КТ) та траєкторій руху щелепи в єдиному 3D-просторі.

Дизайн оклюзійних шин (CAD/CAM): проектування сплїнтів на основі отриманих цифрових параметрів, що дозволяє змодельовати нове положення нижньої щелепи (терапевтичну позицію) ще до початку лікування.

Висновки. Впровадження комплексного підходу, що поєднує МРТ-діагностику «м'якотканинних» порушень та електронну реєстрацію рухів нижньої щелепи, мінімізує ризики діагностичних помилок. Сучасний протокол базується на принципі Evidence-Based Dentistry. Тільки поєднання морфологічних даних (МРТ/КТ) із функціональними (конділографія/ЕМГ) дозволяє розробити патогенетично обґрунтований план лікування, уникаючи симптоматичного підходу. Сучасний діагностичний протокол є фундаментом для виготовлення оклюзійних шин (сплїнт-терапії) та подальшої тотальної реабілітації пацієнтів.

Янішен І.В., Капелька Д.П.

МЕТОДИ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОТЕТИЧНОЇ ПЛОЩИНИ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ НА ОСНОВІ СУЧАСНИХ КЛІНІЧНИХ ТА ЦИФРОВИХ ПІДХОДІВ

Харківський національний медичний університет, м. Харків,
Україна

Актуальність. Оклюзійна площа є ключовим параметром при виготовленні повних знімних протезів, оскільки визначає баланс оклюзійних контактів, стабільність базисів і характер розподілу

жувального навантаження [1]. Її неправильна орієнтація призводить до функціональної дезадаптації протезів, перевантаження слизової оболонки та зниження ефективності жування [2]. Попри тривале використання класичних орієнтирів, зокрема камперовської лінії, їх точність у беззубих пацієнтів залишається дискусійною через анатомічну варіабельність [3]. Це особливо критично при значній атрофії альвеолярних відростків, коли втрачається опорна анатомічна база для побудови площини [4]. Сучасні публікації демонструють перехід до комбінованих та цифрових підходів, однак стандартизованого алгоритму досі не сформовано [5].

Мета роботи. Провести аналіз сучасних методик визначення протетичної (оклюзійної) площини при виготовленні знімних протезів та оцінити їх клінічну ефективність на основі даних сучасної наукової літератури.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження стали наукові публікації, присвячені визначенню протетичної площини при виготовленні знімних протезів, опубліковані у період 2019–2026 років у міжнародних та національних наукових виданнях.

Результати дослідження. Узагальнення даних показало, що анатомічно орієнтований підхід із використанням камперовської лінії залишається базовим у клінічній практиці. Його застосування забезпечує швидкість і простоту, однак точність залежить від вибору контрольної точки на козелці вуха та положення голови пацієнта. Метод ретромолярної опори демонструє більшу стабільність у нижньощелепній ділянці, оскільки анатомічний орієнтир зберігається навіть при вираженій резорбції кісткової тканини. Функціональні методи дозволяють врахувати м'язовий баланс і положення язика, що підвищує адаптаційні характеристики знімних протезів у динаміці. Цефалометричні методики забезпечують індивідуалізацію просторової орієнтації оклюзійної

площини відносно черепних площин і є більш точними у складних клінічних випадках.

Найвищу точність визначення протетичної площини демонструють цифрові технології (3D-сканування, CAD/CAM), які дозволяють поєднати анатомічні та функціональні параметри в єдину модель. Порівняльний аналіз підтвердив, що жоден із методів не є універсальним, тоді як комбінований підхід забезпечує найкращу клінічну відтворюваність протетичної площини, що відобразиться на покращенні фіксації, стабілізації та жувальної ефективності під час користування знімними протезами.

Висновок. Аналіз літературних джерел свідчить про те, що найбільш ефективним є комбінований підхід до визначення протетичної площини, який передбачає використання декількох анатомічних та функціональних орієнтирів у поєднанні з сучасними інструментальними та цифровими методами.

Список літературних джерел.

1. Янішен І.В., Кричка Н.В., Федотова О.Л., Куліш С.А., Сідорова О.В. Реконструктивне ортопедичне лікування повними знімними пластинковими протезами. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2025;2:122-127. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.25.2.122>.

2. Шеметов О.В. Можливості та обмеження цифрових відбитків при повному знімному протезуванні. Український стоматологічний альманах. 2025;1:42-45. <https://doi.org/10.31718/2409-0255.1.2025.07>.

3. Гаврильців С.Т., Палій А.В., Угляр І.М., Комнацький Б.Ю. Особливості адаптації до повних знімних пластинкових протезів хворих із різними індивідуально-психологічними особливостями та вплив на показники їх якості життя. Via Stomatologiae. 2024;1(3):54–61. <https://doi.org/10.32782/3041-1394.2024-3.6>

4. Паталаха О.В., Ірха С.В., Черніков І.М., Волошина В.Л. Особливості лікування пацієнтів з дефектами зубних рядів частковими знімними протезами з металевим базисом. Українські медичні вісті. 2025;3-4(100-101):10-12. <https://doi.org/10.32782/umv-2024.2.2>

5. Заградська О.Л., Горбунов А.А. Причини порушення якості фіксації та стабілізації часткових знімних конструкцій зубних протезів за результатами аналізу амбулаторних карт стоматологічних пацієнтів. Інновації в стоматології. 2024;3:31-35. <https://doi.org/10.35220/2523-420X/2024.3.5>.

Лісецька І.С., Сарапук В.І.

ПОШИРЕНOSTІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ЗУБІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. Гіперестезія зубів або підвищена чутливість твердих тканин зубів – це патологічний стан, що характеризується короткочасним болем, який виникає внаслідок дії термічних, хімічних та механічних подразників на відкриту поверхню дентину або спонтанно, його не можна вважати будь-якою іншою формою зубних дефектів чи захворювань. Результати епідеміологічних досліджень поширеності та частоти випадків підвищеної чутливості твердих тканин зубів показали, що дана патологія варіює в широких межах - від 32 % до 92 % в різних вікових групах і відповідно даним ВООЗ постійно зростає. Гіперестезію зубів реєструють у 57 % хворих із карієсом та некаріозними ураженнями, а також у понад 85 % пацієнтів із хворобами тканин пародонту. Найчастіше гіперестезія зустрічається в 25-40 років. Незважаючи на значні досягнення стоматології, проблема гіперестезії залишається актуальною (Ковальов Є.В. та ін., 2013;

Петрушанко В.М. та ін., 2017; Шешукова О.В. та ін. 2019; Hyun-Kyung Kang et al., 2024; Лісецька І.С. та ін., 2025).

Мета дослідження – провести аналіз поширеності гіперестезії зубів серед населення різних вікових груп для подальшого розроблення схеми лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Було проведено опитування за допомогою спеціально розробленої анкети 110 осіб віком від 18 до 55 років (52 особи чоловічої статі та 58 осіб жіночої статі). Анкета включала 20 питань, які стосувалися виявлення факту наявності гіперестезії зубів, поширеності патологічного процесу, характеру, інтенсивності больової реакції та причин виникнення, наявності інших стоматологічних захворювань та соматичних хвороб тощо. Перед анкетуванням респондентам надавалось роз'яснення, щодо опитувальника, мети роботи, конфіденційності. Для статистичного оброблення матеріалу під час дослідження застосовано комп'ютерні програми на основі «Microsoft Excel та «Statistica 12.0». Результати порівняння прийнято достовірними за $p < 0,05$.

Результати. Аналіз відповідей респондентів дозволив виявити високий рівень поширеності гіперестезії зубів серед учасників дослідження, а саме на запитання «Чи турбує Вас підвищена чутливість зубів?» позитивну відповідь надало 68,4 % опитаних. Негативну відповідь або затруднялися відповісти надали 31,6 % учасників анкетування. Більшість опитаних, а саме 89,9 % вказали, що біль чи дискомфорт виникає під дією подразників. Лише 10,1 % учасників анкетування виникає біль спонтанно. Серед опитаних, що надали позитивну відповідь, домінували скарги із значним відривом на появу болю від холодного подразника - 41,3 % відповідей респондентів. Другу позицію зайняли скарги на появу больових відчуттів від солодкого – надали відповідь 17,4 % опитаних. На третьому місці – скарги на гіперестезію спровоковану вживанням гарячого та кислого – по 14,7 % відповідей за кожний

подразник. 13,8 % анкетованих вказали на появу болю в зубах при вдиханні повітря. Крім того, 10,1 % респондентів відмітили появу дискомфорту під час чищення зубів і 9,2 % - від тиску під час жування. Біль – це завжди неприємне відчуття. Але його інтенсивність у різних людей може бути різною та залежить від багатьох різноманітних факторів, для її визначення під час анкетування ми використовували модифіковану візуальну аналогову шкалу болю. Загалом у опитаних, що вказали на наявність гіперестезії більшість оцінюють біль середньої інтенсивності. На другому місці були відповіді, що свідчать про біль слабкої інтенсивності. Однак 6 осіб вказали на дуже сильний біль і тільки 1 особа повідомила про нестерпний біль (10 балів). Аналіз відповідей серед всіх учасників дослідження на питання «Скільки зубів, на вашу думку, є чутливими?» виявив, що більшість опитаних турбує локалізована форма гіперестезії 1-2 зубів, а саме 74,1 %. Значно менше респондентів – 16,7 % скаржаться на біль чи дискомфорт в 3-6 зубах. 7,4 % анкетованих вказали на генералізацію патологічного процесу, біль чи дискомфорт від подразників в усіх зубах.

Висновки. Було встановлено, що гіперестезія зубів є актуальною проблемою, що впливає на стоматологічне здоров'я та сигналізує про різноманітні захворювання зубо-щелепової системи, має різні шляхи виникнення та розвитку. Оскільки дана патологія є актуальною у наш час, варто звертати увагу на його профілактику та лікування.

Любарець С. Ф., Вовченко Л. О., Бойченко М. А.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ АНАМНЕСТИЧНИХ ЧИННИКІВ У РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ ФОРМУВАННЯ ЗУБІВ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Навчально-науковий інститут стоматології

Кафедра дитячої стоматології

Актуальність. порушення формування зубів (ПФЗ), зокрема системна гіпоплазія емалі (СГЕ) та молярно-різцева гіпомінералізація емалі (МРГ), становлять значну частку стоматологічних захворювань у дітей. Етіологія цих захворювань вивчається багатьма науковцями як в Україні, так і за її межами (Шешукова О. В., Труфанова В. П., Поліщук Т. В., 2019; Giuca M. R., Cappè M., Carli E., Lardani L., Pasini M., 2018; Alhowaish L., Baidas L., Aldhubaiban M., Bello L. L., Al-Hammad N., 2021).

Мета дослідження. Проаналізувати роль анамнестичних чинників у розвитку порушень формування зубів у дітей.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження - 481 дитина. Розподіл обстежених з ПФЗ: основна група (№ 1, n = 173) – діти з СГЕ; група порівняння (№ 2, n = 35) – діти з МРГ. Контрольна група (№ 3, n = 273) – діти без ПФЗ. Методи: опитування батьків пацієнтів, анкетування, аналіз медичних карт. Дослідження проводилося за наявності інформованої згоди батьків. Для номінальних змінних (шкали найменувань) взаємозв'язок розраховувався за таблицями спряженості з урахуванням критерія χ^2 - Пірсона.

Результати. Встановлено зв'язок між виникненням ПФЗ та хворобами перших років життя дітей: захворювання органів дихання (бронхіти/пневмонії) з призначенням антибіотиків ($\chi^2 = 302,09$, $p < 0,001$); енцефалопатія ($\chi^2 = 70,67$, $p < 0,001$); дисплазія тазостегнових суглобів ($\chi^2 = 60,38$, $p < 0,001$). Розповсюдженість захворювань перших років життя у дітей з ПФЗ представлена в таблиці.

Таблиця.

Вплив хвороб перших років життя дітей на виникнення ПФЗ

Чинник	Роки життя	Група обстежених	Наявність чинника, %
--------	---------------	---------------------	-------------------------

Захворювання органів дихання (з призначенням антибіотиків)	1-4	1	33,78
Енцефалопатія	1	2	12,84
Дисплазія тазостегнових суглобів	1	2	12,43

Висновок. Аналіз анамнестичних даних показав, що основними чинниками виникнення ПФЗ у обстежених дітей були захворювання органів дихання (бронхіти, пневмонії) у перші роки життя, що супроводжувалися антибіотикотерапією та порушенням мінералізації постійних зубів.

Максименко А.І.¹, Шешукова О.В.¹, Онищенко А.В.²

ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Полтавський державний медичний університет¹

Комунальне підприємство «Дитяча міська клінічна лікарня

Полтавської міської ради»²

Останніми роками спостерігається зростання поширеності захворювань тканин пародонта серед дитячого населення, що підтверджується результатами епідеміологічних досліджень. Встановлено тісний взаємозв'язок між соматичними захворюваннями та патологією твердих тканин зубів і пародонта. Дистрофічно-запальні зміни в тканинах

пародонта нерідко є ранніми клінічними проявами загальносоматичних порушень.

Особливе місце серед супутньої патології займають захворювання ЛОР-органів, які переважно мають хронічний запальний характер. ЛОР-органи постійно контактують із навколишнім середовищем, а слизові оболонки містять значну кількість умовно-патогенних мікроорганізмів. За умов зниження резистентності організму ці мікроорганізми активізуються та сприяють розвитку патологічних процесів, зокрема в тканинах пародонта.

Наявність хронічного тонзиліту суттєво впливає на етіопатогенез захворювань пародонта у дітей. Поєднаний перебіг патологій характеризується взаємообтяжувальним впливом, що обумовлено тісними функціональними взаємозв'язками між ураженими органами та системами. Інтенсивність і частота захворювань пародонта зростають залежно від тривалості та тяжкості перебігу основного захворювання.

Мета дослідження: удосконалити патогенетичне лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей із хронічним тонзилітом, шляхом розробки комплексного лікувального підходу.

Матеріали та методи. Розроблений метод лікування передбачає проведення професійної гігієни порожнини рота, навчання дітей правилам індивідуальної гігієни, а також застосування комплексу лікувально-профілактичних засобів. До схеми лікування включено антибактеріальний препарат «Гексофарм» (Україна), краплі оральні «Імупрет» (Німеччина), вітамінний препарат «Аскорутин» (Україна), та ферментна зубна паста Sugarproх Enzical Zero (Швейцарія). Особливістю обраних лікарських засобів є їх комплексний вплив на різні патогенетичні механізми розвитку захворювань пародонту у дітей.

Результати. Після проведення стоматологічного обстеження та встановлення діагнозу хронічного катарального гінгівіту, дітям

проводили професійну гігієну ротової порожнини та навчання правилам догляду за порожниною рота. На слизову оболонку ясен застосовували аплікації препарату «Гексофарм» протягом 5–7 днів відповідно до чинних протоколів МОЗ України. Перорально призначали краплі «Імупрет» по 15-25 крапель тричі на добу після їжі. Вітамінний препарат «Аскорутин» застосовували по 1 таблетці щоденно два рази в день. Для індивідуальної гігієни порожнини рота рекомендували зубну пасту з ферментами Curaprox Enzical Zero двічі на день (вранці та перед сном). Загальна тривалість лікування становила 1 місяць.

Уже на 2–3 добу лікування у пацієнтів відзначалося зменшення кровоточивості ясен, зниження інтенсивності запалення та усунення дискомфорту в ділянці ясен. На 5–7 добу спостерігалася позитивна динаміка клінічних показників стану тканин пародонта. Застосування препаратів «Гексофарм» та «Імупрет» також позитивно впливало на перебіг основного захворювання – хронічного тонзиліту.

Висновки. Використання запропонованого способу демонструє високу клінічну ефективність у лікуванні захворювань пародонта у дітей із хронічним тонзилітом, що підтверджується зменшенням вираженості запально-дистрофічних змін у тканинах пародонта та покращенням клінічного стану пацієнтів.

Малюченко П.М., Король Д.М., Малюченко М.М.

**ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ КОНСТРУКЦІЙНИХ
МАТЕРІАЛІВ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ПРИ
ВИГОТОВЛЕННІ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ**

Полтавський державний медичний університет

Полтава 2026

**Актуальність та клінічні виклики при використанні фабричних
зубів**

Сьогодні вибір штучних зубів для повних знімних протезів — це вже не просто питання естетики. Лікар фактично шукає компроміс між зовнішнім виглядом, функціональністю та довговічністю конструкції. Цікаво, що навіть попри активний розвиток цифрових технологій і CAD/CAM-протоколів, саме класичні фабричні гарнітури зубів досі залишаються своєрідним «золотим стандартом», з яким порівнюють нові рішення.

Teodorescu С. у своїх дослідженнях звертає увагу на те, що ускладнення, пов'язані з акриловими зубами, залишаються актуальною клінічною проблемою. І це важливо, тому що навіть сучасні технології не завжди гарантують стабільний результат без правильного підбору матеріалу та конструкції.

Анатомічне обґрунтування стабільності протезів

Однак сам по собі якісний гарнітур зубів ще не гарантує успіх лікування. Велике значення мають анатомічні умови протезного ложа. Хіа Y. підкреслює, що форма альвеолярного відростка та ступінь його резорбції безпосередньо впливають на стабільність повного знімного протеза під час функції.

Особливо це помітно на нижній щелепі, де при вираженій атрофії виникають перекидаючі моменти й протез стає менш стабільним під час жування або мовлення. Саме тому лікареві доводиться індивідуально підбирати форму, висоту та розмір фабричних зубів. Тобто навіть стандартний гарнітур потребує адаптації під конкретного пацієнта для досягнення довготривалої фіксації та комфорту.

Порівняльна характеристика матеріалів фабричних зубів

Наступний важливий аспект — це вибір матеріалу фабричних зубів. Сьогодні клініцист має широкий спектр варіантів: від традиційних акрилових зубів до сучасних композитних матеріалів із високим ступенем зшивки полімерів.

У роботі Cleto M.P. порівнюються фізико-механічні властивості цих матеріалів, і автор показує, що фабричні зуби промислового виготовлення часто мають більш однорідну структуру та вищу щільність. Це напряму впливає на їхню зносостійкість та міцність.

Особливо актуально це для пацієнтів із високим жувальним навантаженням або бруксизмом, де механічна надійність конструкції виходить на перший план. Таким чином, правильний вибір матеріалу — це не лише питання довговічності протеза, а й фактор профілактики майбутніх ускладнень.

Механізми адгезії фабричних зубів до базису

Ще однією критично важливою проблемою є надійність фіксації зубів у базисі протеза. На практиці саме відлам штучних зубів часто стає причиною повторних звернень пацієнтів.

Al-Somaiday H.M. у своїй роботі аналізує показники міцності на зсув — Shear Bond Strength — і підкреслює, що різні серії фабричних зубів можуть по-різному взаємодіяти з базисними смолами.

Причина нерідко полягає у порушенні технології: залишках воску, недостатній механічній обробці поверхні або слабкому хімічному зв'язку між ПММА-матеріалами. Тому сьогодні увага приділяється не лише самому матеріалу зубів, а й методам підготовки поверхні та оптимізації адгезії між компонентами протеза.

Оптимізація з'єднання: методи обробки поверхонь

Для підвищення надійності фіксації фабричних зубів у базисі протеза сьогодні активно застосовують різні методи обробки сполучної поверхні. Helal M.A. та Boonpitak K. у своїх дослідженнях порівнюють механічну та хімічну підготовку поверхонь і демонструють, що правильна попередня обробка суттєво знижує ризик відколу зубів під час експлуатації.

Зокрема, піскоструминна обробка створює мікроретенції, а використання

спеціальних мономерів покращує хімічну взаємодію між зубом і базисом. Іншими словами, збільшується площа контакту та сила адгезії. Для клінічної практики це має дуже практичне значення: якісна підготовка поверхні дозволяє подовжити термін служби протеза та мінімізувати кількість ремонтів, пов'язаних із відламом зубів.

Зносостійкість фабричних зубів у агресивних умовах

Не менш важливим параметром є стійкість штучних зубів до стирання, адже саме від цього залежить збереження оклюзійної висоти протеза впродовж тривалого часу.

Pham D.M. досліджував поведінку фабричних зубів у контакті з твердими антагоністами — зокрема з діоксидом цирконію та керамічними реставраціями. Було показано, що префабриковані зуби часто демонструють кращу зносостійкість порівняно з 3D-друкованими аналогами.

Це пояснюється більш контрольованими умовами полімеризації на виробництві, що забезпечує високу щільність матеріалу та стабільність його структури.

Особливого значення цей аспект набуває у пацієнтів із бруксизмом або складними комбінованими дефектами зубних рядів, де навіть незначна втрата оклюзійної висоти може впливати на функцію всієї ортопедичної конструкції.

Біомеханічне обґрунтування вибору оклюзійних схем для фабричних зубів

Окрему увагу слід приділити вибору оклюзійної схеми, оскільки фабричні гарнітури вже мають задану морфологію жувальної поверхні. Саме тому правильне формування оклюзії безпосередньо впливає на стабільність протеза та комфорт пацієнта.

Lemos C. у систематичному огляді підкреслює переваги двосторонньої збалансованої оклюзії. Така схема дозволяє рівномірніше

розподілити функціональне навантаження між усіма штучними зубами під час рухів нижньої щелепи.

Практично це допомагає зменшити ризик перекидання протеза, особливо у пацієнтів із вираженою атрофією альвеолярних відростків, де будь-який дисбаланс оклюзійних контактів швидко призводить до втрати стабільності конструкції.

Топографія та аналіз оклюзійних контактів на фабричних зуба

Важливим фактором успішної постановки фабричних зубів є точність оклюзійних контактів, яка значною мірою залежить від якості промислових прес-форм.

Korda B. описує оптимальне розташування контактних зон на жувальних поверхнях і фактично пропонує еталон для перевірки точності постановки зубів в артикуляторі.

Це має велике практичне значення, тому що чим точніше сформовані контакти ще на етапі заводського виробництва, тим менше необхідність у надмірному пришліфовуванні під час клінічної роботи.

Порівняння різних брендів фабричних гарнітурів показує, що деякі системи забезпечують більшу кількість стабільних контактних пунктів уже в стандартній комплектації, що спрощує адаптацію протеза та покращує функціональні результати лікування.

Цифрові методи оцінки функціонального навантаження

Сьогодні оцінка ефективності фабричних зубів уже не обмежується лише клінічними спостереженнями. Для об'єктивного аналізу все частіше застосовують цифрові методи дослідження оклюзійного навантаження.

Zhao Z. та Shiga H. пропонують використовувати системи на кшталт Dental Prescale, які дозволяють із високою точністю визначити, як саме розподіляється тиск по поверхні штучних зубів під час функції.

Це особливо важливо при порівнянні різних лінійок фабричних гарнітурів, адже цифровий аналіз дає можливість не лише суб'єктивно

оцінити комфорт пацієнта, а й експериментально підтвердити, наскільки рівномірно розподіляється навантаження.

Таким чином можна оцінити, чи дійсно преміальні акрилові зуби мають переваги над бюджетними аналогами в умовах максимального функціонального навантаження.

Максимальна сила прикусу при користуванні повними протезами

Одним із головних показників успішної адаптації пацієнта до повного знімного протеза є максимальна сила прикусу. Адже пацієнт повинен мати можливість упевнено пережовувати їжу без болю, зміщення або нестабільності конструкції.

Shala K. та Patil S.R. у своїх дослідженнях демонструють, що показники сили прикусу можуть суттєво відрізнятися залежно від типу фабричних зубів та оклюзійної схеми.

Фактично цей параметр є об'єктивним критерієм функціональної ефективності протеза. Чим вищою є стабільність конструкції та комфорт пацієнта, тим більшу силу прикусу він здатний реалізувати під час жування.

Тому порівняльний аналіз різних гарнітурів зубів дозволяє оцінити не лише їхню механічну міцність, а й реальну клінічну цінність.

Взаємозв'язок площі контактів та жувальної ефективності

Проте навіть хороша стабільність протеза ще не гарантує повного відновлення функції. Кінцевою метою лікування все ж залишається ефективне подрібнення їжі та комфорт пацієнта під час жування.

Lee H.S. у своєму дослідженні показав пряму залежність між сумарною площею оклюзійних контактів та мастикаційною ефективністю. Іншими словами — чим більш гармонійно контактують штучні зуби між собою, тим ефективніше пацієнт пережовує їжу.

Саме тому анатомічна форма фабричних зубів має надзвичайно велике значення. Добре сформовані жувальні горбки дозволяють швидше адаптувати пацієнта до протеза та забезпечують більш природний розподіл навантаження під час функції.

Особливо це важливо при повній втраті зубів, коли штучна оклюзія фактично повністю бере на себе функцію природного зубного ряду.

Висновки: Лінгвалізована оклюзія як шлях до стабілізації

Підсумовуючи наведені дані, можна сказати, що одним із найбільш перспективних підходів у роботі з фабричними зубами сьогодні вважається лінгвалізована оклюзія.

Engelmeier R.L. описує її як концепцію, що поєднує естетику анатомічних верхніх зубів із функціональною стабільністю нижніх неанатомічних. Така комбінація дозволяє суттєво зменшити горизонтальні зміщення протеза під час жування та покращити його стабілізацію.

Практична цінність цієї концепції полягає в тому, що вона дає можливість поєднати комфорт пацієнта, функціональність та довговічність конструкції навіть у складних клінічних умовах.

Отже, сучасний підхід до повного знімного протезування базується не лише на виборі якісного фабричного матеріалу, а й на правильному біомеханічному обґрунтуванні методики постановки штучних зубів.

Матолич У.Д., Уштан С.В.

РЕКОНСТРУКЦІЯ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА ПРИ ОСТЕОМІЄЛІТІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

ДНТ Львівський національний медичний університет ім.

Данила Галицького, Львів, Україна

Актуальність.

Остеомієліт нижньої та верхньої щелеп – захворювання зі складним перебігом, що включає численні хірургічні втручання і впливає на якість життя, спричиняючи спотворення обличчя внаслідок втрати ураженої кістки і зубів та рубцювання. Остеомієліт щелеп є рідкістю в сучасну епоху. Незважаючи на розвиток нових технологій у медицині, появи сучасних антимікробних препаратів проблема лікування остеомієліту щелеп, зокрема скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС) залишається актуальною.

Мета дослідження.

Дослідження оптимального хірургічного методу лікування остеомієліту СНЩС.

Матеріали та методи.

Дане дослідження представляє раціональне лікування – реконструкція індивідуальним титановим протезом суглобового відростка та індивідуальною суглобовою ямкою хворої К., 37 років, з остеомієлітом нижньої щелепи зліва.

Результати.

В лівій скроневій ділянці зроблено дугоподібний розріз шкіри довжиною 4 см вище виличної дуги відступивши 1 см до заду від лінії волосяного покриву, продовжуючи лінію розрізу по передвушній складці до мочки вуха. Пошарово розсічені: підшкірна клітковина, SMAS (скронево-парієтальна фасція), поверхневий шар скроневої фасції; візуалізовано поверхневу скроневу жирову подушку. Клапоть відведений на 1.5 см допереду. Виконано сепарацію вздовж зовнішнього слухового хряща, не пошкоджуючи його. Розсічено періост, фіброзні спайки відділено, скелетовано виличну дугу. Візуалізовано: деформований суглобовий відросток нижньої щелепи зліва. Зліва проведено розріз шкіри окаймляючи кут нижньої щелепи, відступаючи на 2 см від нижнього та заднього краю нижньої щелепи, довжиною до 5 см.

Пошарово розсічено: шкіра та підшкірна клітковина, f. superficialis, m. platysma, superficial layer of deep cervical fascia. Візуалізовано крайову гілку лицевого нерва, яку взято на гумову стрічку і відведено. Сухожилля жувального та медіального крилоподібного м'язів, м'язи відсепаровано, періост розсічено. Видалено підщелепний лімфатичний вузол. Скелетовано тіло, кут, гілку, вінцевий та виростковий відростки. Доступи об'єднано. За допомогою п'єзатома виділено лівий нижньощелепний нерв, проведено резекцію тіла, кута, гілки вінцевого і виросткового відростків нижньої щелепи зліва згідно резекційного інтраопераційного шаблону. Припасовано індивідуальний резекційний інтраопераційний шаблон і фіксовано його 2 гвинтами (2.0 -15 мм) (передано на патогістологічне дослідження). Шаблон забрано. Фіксація прикусу. Припасування та фіксація індивідуальної суглобової ямки та фіксація 4 гвинтами (1.5-10мм). Припасування та фіксація індивідуального суглобового відростку та гілки нижньої щелепи 14 гвинтами (2.0-10мм) з одномоментним позиціюванням у суглобову ямку.

Висновки.

Метою сучасного лікування остеомієліту щелеп є відновлення анатомії та функцій СНЩС пацієнта. Оскільки, остеомієліт – це рідкісна, інвазивна та деструктивна бактеріальна інфекція, то для кращого результату необхідні подальші дослідження критеріїв діагностики та методів лікування остеомієліту.

Мельничук М.В., Пелехан Л.І., Пелехан Б.Л., Мельничук С.-
В.М.

**АНАТОМІЧНА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ
НИЖНЬОЩЕЛЕПОВОГО КАНАЛ
У ТА ЇЇ КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ У КОНТЕКСТІ
ПАТОЛОГІЇ СНЩС**

Івано-Франківський національний медичний університет,

Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. Точне знання анатомо-топографічних особливостей нижньощелепного каналу є критично важливим для планування хірургічних втручань у ділянці нижньої щелепи. Традиційна панорамна рентгенографія має обмежену інформативність через ефект накладання анатомічних структур. Неврахування варіантів будови каналу може призводити до ушкодження нижнього коміркового нерва та розвитку сенсорних порушень. Окрім цього, анатомічна варіабельність нижньої щелепи може впливати на біомеханіку скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), що має значення при комплексному плануванні лікування.

Мета дослідження. Систематизувати дані сучасних досліджень щодо анатомічної варіабельності нижньощелепного каналу, її поширеності та клінічного значення з урахуванням впливу на діагностику і лікування патології СНЩС.

Матеріали та методи. Проведено аналіз наукових публікацій, індексованих у базах PubMed, Scopus, Google Scholar, присвячених анатомічній локалізації та варіабельності ходу нижньощелепного каналу із застосуванням конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ) та ортопантомографії. Використано методи порівняльного аналізу, узагальнення та систематизації результатів.

Результати. За даними літератури, нижньощелепний канал характеризується значною анатомічною варіабельністю. Частота виявлення біфідного каналу (bifid mandibular canal) за результатами КПКТ становить 10,2–15,6%, що значно перевищує показники панорамної рентгенографії (1–3%) (Aung NM, 2023). Виділяють такі варіанти біфуркації: дентальний, ретромолярний, вестибулярно-лінгвальний та передній (Iwanaga J, 2021).

Додаткові ментальні отвори (accessory mental foramen) виявляються у 1,4–12,5% випадків (Paraskevas G, 2015). Описані також варіанти положення каналу (високе, низьке, букальне, лінгвальне), що мають значення при плануванні імплантації та остеотомій (Pelé A, 2021).

Результати сучасних досліджень свідчать про можливий взаємозв'язок між морфологічними особливостями нижньої щелепи та функціональним станом СНЩС. Варіації товщини кісткової тканини, положення каналу та асиметрія щелепи можуть асоціюватися з ремоделюванням виросткового відростка, нерівномірним розподілом навантаження та розвитком дисфункцій СНЩС (Canger EM, 2022).

Висновки. Конусно-променева комп'ютерна томографія є найбільш інформативним методом оцінки анатомічної варіабельності нижньощелепного каналу. Урахування індивідуальних особливостей його будови є необхідним при проведенні хірургічних втручань, а також при комплексній діагностиці та лікуванні патології скронево-нижньощелепного суглоба, що сприяє зниженню ризику ускладнень і підвищенню ефективності лікування.

Мельничук М.В., Рожко С.М., Мельничук С.-В.М., Пелехан
Б.Л.

АКТУАЛІЗАЦІЯ РЕЄСТРАЦІЇ ЦЕНТРАЛЬНОГО СПІВВІДНОШЕННЯ ЩЕЛЕП ПРИ ПОВНІЙ ВІДСУТНОСТІ ЗУБІВ

Івано-Франківський національний медичний університет,
Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. Реєстрація центрального співвідношення щелеп (ЦСЩ) є одним із ключових етапів виготовлення повних знімних пластинкових протезів. Помилки на даному етапі можуть призводити до порушення оклюзії, стабілізації ортопедичних конструкцій, дисфункції

скронево-нижньощелепного суглоба та погіршення адаптації пацієнтів. Традиційний метод із використанням воскових валиків значною мірою залежить від клінічного досвіду лікаря та стабільності базисів. У сучасній ортопедичній стоматології дедалі ширше застосовують системи Centric Tray та гнатометри, що дозволяють підвищити точність реєстрації ЦСЩ.

Мета дослідження. Провести порівняльну оцінку ефективності загальноприйнятого методу реєстрації ЦСЩ за допомогою воскових валиків та сучасного методу із використанням Centric Tray і гнатометра у пацієнтів із повною відсутністю зубів.

Матеріали та методи. На базі кафедри стоматології післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету проведено обстеження 20 пацієнтів віком 58-79 років із повною відсутністю зубів. Пацієнтів розподілено на 2 клінічні групи. І групі (10 пацієнтів) реєстрацію ЦСЩ проводили загальноприйнятим методом із використанням воскових валиків. У II групі (10 пацієнтів) застосовували Centric Tray та гнатометр. Оцінювали точність реєстрації, тривалість клінічного етапу, кількість корекцій після фіксації повних знімних ортопедичних конструкцій, стабільність оклюзії та адаптацію пацієнтів.

Результати. У групі II повторна реєстрація ЦСЩ знадобилась у 40% випадків, середній час клінічного етапу становив 32 ± 5 хвилин, а після фіксації ортопедичних конструкцій пацієнти потребували 3-5 додаткових корекцій. Скарги на нестабільність оклюзії та дискомфорт під час жування відзначались у 50% пацієнтів. У групі I із застосуванням Centric Tray та гнатометра повторна реєстрація була необхідною лише у 10% випадків. Середній час реєстрації становив 18 ± 4 хвилини, а кількість корекцій після фіксації протезів обмежувалась 1-2 відвідуваннями. Швидша адаптація до протезів спостерігалась у 80% пацієнтів. Порівняльний аналіз свідчить про вищу клінічну ефективність сучасного

методу, що забезпечує точніше визначення центрального співвідношення щелеп, зменшення кількості оклюзійних помилок та скорочення тривалості клінічного етапу.

Висновки. Використання Centric Tray та гнатометра дозволяє підвищити точність реєстрації центрального співвідношення щелеп, зменшити кількість повторних маніпуляцій і корекцій після фіксації протезів, а також покращити адаптацію пацієнтів до повних знімних ортопедичних конструкцій. Отримані результати підтверджують доцільність впровадження сучасних методів реєстрації ЦСЩ у клінічну практику ортопедичної стоматології.

Мокрик О.Я., Гаврильців С.Т., Слободян Р.В.

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗУ
БІОРЕГУЛЯЦІЙНОГО ПРЕПАРАТУ ПРИ ЛІКУВАННІ
МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ІЗ
ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ**

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

Актуальність. У 53% - 76 % пацієнтів амбулаторного стоматологічного прийому діагностуються м'язово – суглобова дисфункція скронево – нижньощелепних суглобів (СНЩС) (Макєєв В.Ф., Телішевська У.Д., 2018). На тлі розладів мікроциркуляції в спазмованих жувальних м'язах зменшується приток крові до м'язової тканини, що негативно впливає на енергетичний обмін в клітинах. Метаболічні порушення сприяють формуванню тригерних точок (ТТ) - фокусів гіперподразливості м'язової тканини, які є джерелом міофасціального больового синдрому. Тривалий м'язовий спазм й больовий синдром, дезоклюзія, хронічний психоемоційний стрес ініціюють розвиток нейрогенного запального процесу (міозиту) в жувальних м'язах (Okeson

J., 2013), що підтверджено в експериментах (Simonic-Kocijan S. et al., 2012; Pereira YCL. et al., 2019). Висока концентрація м'язового інтерлейкіну-6 і його пряма та значуща кореляція з больовою реакцією ($r=0,5741$; $p<0,0003$) вказує на запальний фон в жувальних м'язах (Ayoub S. et al., 2020). Ефективне лікування міофасціального больового синдрому базується на необхідності ліквідації загальних і місцевих етіологічних чинників цього захворювання, гальмуванні його патофізіологічних механізмів (Kalladka M. et al., 2021). Широко використовувані нестероїдні протизапальні засоби не вирішують завдання повного завершення запального процесу, не усувають енергетичного дефіциту на клітинному рівні (в міоцитах). Для вирішення цієї проблеми запропоновано біорегуляційний підхід (Diudina I. et. al., 2022; Dustmatov J. et. al., 2023). Його особливість – вплив надмалих доз лікарських препаратів, які сприяють активації та відновленню процесів саморегуляції в організмі.

Мета дослідження. Провести оцінку клінічної ефективності ультрафонофорезу біорегуляційного препарату «Траумель С» у комплексному лікуванні міофасціального больового синдрому в хворих із дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів.

Матеріали та методи. У клінічних спостереженнях взяло участь 35 хворих віком від 30 до 60 років (18 жінок та 17 чоловіків) із гострими проявами міофасціального больового синдрому обличчя на тлі порушень функції скронево-нижньощелепних суглобів. Для визначення вираженості дисфункції СНЩС на основі виявлених клінічних симптомів, застосовували бальну оцінку за індексом Helkimo M. Для пальпаторної оцінки рівня напруженості жувального м'яза й больових відчуттів у хворого запропоновано 4-х бальну шкалу, де: 0 балів – відсутня напруженість й болючість жувального м'яза; 1 бал – легка напруженість жувального м'яза й відсутня його болючість; 2 бала – помірна напруженість жувального м'яза й помірна його болючість; 3 бала -

виражена напруженість жувального м'яза та сильна його болючість, наявність спазматичного вузла й тригерної точки; 4 бала - сильно напружені м'язові волокна містять щільні тяжі, вони різко болючі, наявність тригерних точок. Всім пацієнтам призначали міорелаксant пролонгованої дії «Міорикс» (Польща) – по 1 капсулі (15 мг) 1 раз на день, упродовж 6 -7 діб та виготовляли назубні міорелаксуючі капи. В залежності від застосованих фармакологічних препаратів для місцевого лікування міозиту жувальних м'язів, хворих було поділено на дві клінічні групи. В основній групі (18 осіб) проводили щоденні сеанси ультрафонофорезу мазі «Траумель С» (Німеччина) на ділянки локалізації спазмованих жувальних м'язів апаратом УЗТ – 1.02 С (Україна). В групі порівняння (17 осіб) аналогічно здійснювали сеанси ультрафонофорезу 10 % мазі «Індометацин». Статистичний аналіз результатів дослідження проводили з використанням t-критерію Стьюдента. Для оцінки значимості відмінностей результатів, отриманих у хворих клінічних груп, визначали критерій узгодженості Пірсона χ^2 . Наукові дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964–2013 рр.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Усі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні, були обізнані з його перевагами та можливими ризиками.

Результати. Згідно оціночних критеріїв за Helkimo M. виявлено дисфункцію СНЩС середньої важкості ($7,8 \pm 0,5$ балів) у 20 пацієнтів та важку дисфункцію ($16,9 \pm 1,2$ балів) у 15 пацієнтів. Під час пальпації жувальних м'язів хворих із важкою м'язово-суглобовою дисфункцією у 8 випадках виявлено їх сильну напруженість та болючі спазматичні вузли, у 7 випадках відчувались щільні тяжі у напружених м'язових волокнах,

наявні активні ТТ. Ці клінічні прояви міозиту найчастіше зустрічались у медіальних та латеральних крилоподібних м'язах. У хворих із дисфункцією СНЩС середньої важкості ці м'язи були менше спазмовані й містили помірно болючі вузли й латентні тригерні точки (болючі лише при стисненні). На тлі місцевого застосування хворим основної групи препарату «Траумель С» й хворим групи порівняння «Індометацин» відбувався стійкий регрес місцевих клінічних симптомів міозиту жувальних м'язів. У 15 хворих (83,3 %) основної групи та у 10 хворих (58,8 %) групи порівняння після 5 - 6 сеансів ультрафонофорезу лікарських засобів спостерігалась повна редукція типових клінічних проявів міозиту жувальних м'язів: не пальпувались вузлові ущільнення у м'язових волокнах й фасціальні тяжі, зникли тригерні точки. Також в одужуючих хворих на тлі нормалізації тонусу жувальних м'язів зменшувалась інтенсивність шумових проявів (клацання, хлопання) у скронево-нижньощелепних суглобах під час руху нижньої щелепи. Однак у 7 хворих групи порівняння із важкою дисфункцією СНЩС ще діагностувались помірно виражені місцеві клінічні симптоми міозиту жувальних м'язів ($1,8 \pm 0,6$ балів) й їх легка болючість ($3,2 \pm 0,4$ бали), водночас вказані клінічні симптоми виявляли лише у 3 осіб основної групи. Отримані статистичні показники ($\chi^2 - 2,574$, $p = 0,109$) вказували на кращий лікувальний ефект місцевого застосування антигомотоксичного препарату «Траумель С» у порівнянні з нестероїдним протизапальним засобом «Індометацин». В цілому фізіотерапевтичне лікування міофасціального больового синдрому тривало в основній групі $6,3 \pm 1,2$ діб, а в групі порівняння - $8,5 \pm 1,4$ діб.

Висновки. При комплексному лікуванні хворих із дисфункцією СНЩС середньої важкості під впливом ультрафонофорезу мазей «Траумель С» й «Індометацин» досягається стійкий регрес місцевих клінічних симптомів запального процесу в жувальних м'язах (міозиту) в

однакові терміни - після 5-6 сеансів фізіотерапевтичних процедур. Під час комплексного лікування хворих із важкою дисфункцією СНЩС місцеве застосування «Траумель С» є більш ефективним у порівнянні із ультрафонофорезом мазі «Індометацин» - в середньому на 2 доби скорочується термін лікування міофасціального больового синдрому в щелепно-лицевій ділянці.

Новосадлий Р. І., Рожко С. М.,

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Рожко М. М.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ ЕНДОДОНТИЧНИХ ІРИГАНТІВ

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Кафедра стоматології післядипломної освіти

Актуальність: Апікальний періодонтит залишається однією з найбільш поширених патологій у сучасній ендодонтії та є наслідком мікробної інфекції системи кореневих каналів. Особливості анатомічної будови кореневих каналів, наявність додаткових розгалужень і формування мікробної біоплівки значно ускладнюють повноцінну дезінфекцію лише за допомогою механічної обробки. У зв'язку з цим важливим етапом ендодонтичного лікування є застосування хімічних іригаційних розчинів, покращенню дезінфекції системи кореневих каналів та підвищенню ефективності лікування.

Мета роботи: Провести клініко-лабораторну оцінку ефективності сучасних ендодонтичних іригантів щодо мікроорганізмів, асоційованих з апікальним періодонтитом.

Матеріали та методи: У дослідженні проведено оцінку антимікробної активності сучасних ендодонтичних іригаційних розчинів щодо мікроорганізмів, виділених із інфікованих кореневих каналів

пацієнтів з апікальним періодонтитом. Для дослідження використовували найбільш поширені іригаційні засоби, які застосовуються у сучасній ендодонтичній практиці. Антимікробну ефективність оцінювали лабораторними методами шляхом визначення чутливості мікроорганізмів до досліджуваних розчинів. Отримані результати були проаналізовані та статистично опрацьовані.

Результати: У ході проведеного дослідження встановлено, що сучасні ендодонтичні іригаційні розчини характеризуються різним рівнем антимікробної активності щодо мікроорганізмів, асоційованих з апікальним періодонтитом. Найбільш виражений антимікробний ефект спостерігався при застосуванні розчинів на основі гіпохлориту натрію та хлоргексидину, які забезпечували ефективне пригнічення росту більшості досліджуваних мікроорганізмів. Водночас використання сучасних модифікованих іригаційних систем сприяло покращенню проникнення іригаційного розчину в систему кореневого каналу та підвищенню ефективності дезінфекції. Отримані результати підтверджують доцільність комплексного підходу до вибору іригаційного протоколу під час ендодонтичного лікування.

Висновки: Результати проведеного дослідження підтверджують важливу роль хімічної іригації у комплексному ендодонтичному лікуванні апікального періодонтиту. Використання сучасних іригаційних розчинів сприяє ефективній дезінфекції системи кореневих каналів та підвищенню якості ендодонтичного лікування. Раціональний вибір іригаційного протоколу є важливим чинником покращення результатів лікування та прогнозу збереження зуба.

Ключові слова: апікальний періодонтит, ендодонтичні іриганти, біоплівка, гіпохлорит натрію, хлоргексидин, дезінфекція кореневих каналів.

Помпій О.О.

КІЛЬКІСНИЙ АНАЛІЗ КОНЦЕНТРАЦІЇ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1 β В ЯСЕННІЙ РІДИНІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ

Державний заклад «Луганський державний медичний університет»,
Рівне, Україна

Актуальність. Генералізований пародонтит (ГП) – хронічний запальний процес у тканинах пародонта з поступовим руйнуванням утримувального апарату зубів, що призводить до розвитку ускладнень у вигляді дефектів та деформацій зубних рядів. Мультифакторність захворювання зумовлює складнощі на етапах його діагностики та складання плану лікування. Визначення біомаркерів цієї патології з використанням неінвазивних методів діагностики дозволить підвищити ефективність виявлення ГП та покращити рівень стоматологічного здоров'я населення.

Мета дослідження. Визначити показники концентрації інтерлейкіну-1 β у пацієнтів із різними стадіями розвитку генералізованого пародонтиту.

Матеріали та методи. До дослідження були залучені 65 пацієнтів (30 чоловіків та 35 жінок) віком від 35 до 65 років, яким провели пародонтологічне обстеження та діагностували ГП I-IV стадій відповідно до класифікації пародонтальних і періімплантних захворювань та станів EFP/AAP Workshop 2017. До контрольної групи віднесли 12 осіб, які не мали клінічних ознак ГП. У кожного з пацієнтів відібрали зразки ясенної рідини з пародонтальних кишень із використанням паперових штифтів. Концентрацію інтерлейкіну-1 β (IL-1 β) визначили методом твердофазного імуноферментного аналізу (ELISA) із застосуванням тест-системи Набір ІФА для людського IL-1 β , Elabscience. Для осіб із ГП кожної стадії визначили середню концентрацію IL-1 β . Статистичний аналіз результатів

здійснювали із застосуванням t-критерію Стюдента. Достовірно різними вважали результати за рівня $p < 0,05$.

Результати. Відповідно до отриманих результатів, середній показник концентрації IL-1 β в обстежених осіб без ознак ГП складав $16,3 \pm 3,2$ пг/мл. Пацієнти з ГП I стадії мали достовірно ($p < 0,05$) вищу середню концентрацію IL-1 β , а саме $45,2 \pm 7,8$ пг/мл. У хворих із ГП II та III стадій відповідні середні показники становили $87,3 \pm 8,3$ пг/мл і $142,1 \pm 11,6$ пг/мл, при цьому між собою ці значення відрізнялись достовірно ($p < 0,05$). Максимальне середнє значення концентрації IL-1 β зареєстрували в осіб із IV стадією ГП, зокрема воно дорівнювало $195,6 \pm 15,2$ пг/мл і статистично значуще ($p < 0,05$) відрізнялося від показників пацієнтів з легшими стадіями захворювання. Чоловіки в контрольній групі мали дещо вищий середній показник IL-1 β , ніж жінки, ці значення становили $17,3 \pm 2,4$ пг/мл та $14,1 \pm 1,9$ пг/мл відповідно. Між собою значення відрізнялись недостовірно ($p > 0,05$). Водночас серед чоловіків із ГП було виявлено достовірно ($p < 0,05$) вищий середній показник IL-1 β порівняно з пацієнтами жіночої статі, а саме $134,5 \pm 34,2$ пг/мл у чоловіків та $81,1 \pm 26,2$ пг/мл у жінок.

Висновки. Концентрація інтерлейкіну-1 β в ясенній рідині пацієнтів із генералізованим пародонтитом достовірно підвищується пропорційно до стадії захворювання. Пацієнти чоловічої статі мають вищі показники концентрації цього прозапального цитокіну, ніж жінки. Використання цього біомаркери під час обстеження пацієнтів із пародонтитом може стати корисним інструментом для прогнозування клінічного перебігу захворювання та складання індивідуалізованого плану лікування.

Pryadko S.O.

COMPOSITION OF MICROFLORA OF ROOT CANALS IN ACUTE AND CHRONIC PERIODONTITIS

Introduction. Despite many years of research, the problem of chronic periodontal tissue infection remains relevant. It has been proven that the long-term effect of microbial flora on the filling material, root dentin, periodontium and bone tissue often leads to destructive lesions of the peri-dental tissues. There is a direct correlative relationship between the size of the periapical focus and the number of types of microorganisms. The most important periodontal pathogens associated with the development of chronic periodontitis include representatives of the *Bacteroides* group and other gram-negative obligately anaerobic rods, including *Fusobacterium nucleatum*, *Peptostreptococcus micros*, *Peptostreptococcus anaerobius*, *Eubacterium alactolyticum*, *Eubacterium lentum*, *Wolinella recta*, *Campylobacter sputorum*.

Objective. The purpose of the study is to determine the qualitative and quantitative composition of the microflora of root canals in individuals with various degrees of manifestation of the inflammatory process.

Materials and methods. The group of examined patients included 35 people aged 25 to 35 with chronic periodontitis and acute dental pulpitis. A clinical and bacteriological examination was performed according to WHO recommendations.

In order to identify aerobic or facultatively anaerobic microflora in the studied material, inoculation was carried out on blood agar and sugar agar. The crops were incubated for 24–72 h in a thermostat at 37°C. At the second stage, macro and microscopic examination of the colonies, smear preparation and Gram staining of the drug were carried out. Isolation of pure cultures was carried out by generally accepted measures of bacteriological research. The obtained results were expressed through the decimal logarithm (lg) of the number of colony-forming units (CFU), the frequency - in percent. The method of taking material for bacteriological examination from the root canal of the tooth consisted of the following measures: after opening the cavity of the tooth

with a sterile bur, the tooth was isolated using a rubber dam, the length of the root canal was measured using an apex locator to the apical opening, fixing with a K-file hand tool size 15 with a silicone fixator. The contents of the root canals were collected with a sterile paper pin and transferred to a transport sterile medium in a test tube.

Statistical processing of digital data was performed using the methods of descriptive, parametric and non-parametric statistics on a personal computer using the Statistica program, USA.

Results. The results of the microbiological examination of the root canals of teeth in various forms of periodontitis showed that *Streptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Candidia albicans*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, belonging to the periodontogenic group, are more often found in people with acute pulpitis.

In the group of patients with chronic periodontitis, aggressive microflora occurs most often. Quite often, bacteria from the group of gram-negative obligate anaerobic bacilli were isolated -*Porphyromonas* spp (74%), as well as *Prevotella intermedia* (64%), *Streptococcus sanguis* (64%), *Fusobacterium* spp. (60%), *Staphylococcus aureus* (58%). They also belong to the periodontopathogenic group and have pronounced factors of invasion and toxicity.

Data of microbiological diagnostics indicate different intensity of microbial insemination in different forms of periodontitis. When cultivating aerobic microflora, streptococci and staphylococci are most often identified, enterococci and other microorganisms are less often detected.

With the help of a comparative analysis of the composition of the microbial flora isolated from the root canals of patients with acute pulpitis and chronic forms of periodontitis, using microbiological methods, it was found that 61.1% of patients with an acute form and 52.9% of patients with a chronic form of the disease have mixed bacterial cultures. Aerobes are detected in 22.2% of patients

with acute forms and in 11.7% - with chronic forms. Anaerobic strains – respectively in 16.6% and 35.9% of cases.

Conclusions. Data of microbiological diagnostics indicates different intensity of microbial insemination in different forms of periodontitis. In the group of patients with chronic periodontitis, aggressive microflora occurs most often. During a comparative analysis of the composition of the microbial flora isolated from the root canals of patients with acute pulpitis and chronic forms of periodontitis using microbiological methods, it was found that in 61.1% of patients with an acute form and in 52.9% of patients with a chronic form of the disease, mixed bacterial cultures occur.

Рябоконь Є.М., Рябоконь Р.Є.

**РОЛЬ ТА ОРГАНІЗАТОРСЬКІ ЗДІБНОСТІ Ю.М. ГОФУНГА В
ПІДГОТОВЦІ VI ВСЕРОСІЙСЬКОГО ОДОНТОЛОГІЧНОГО З'ЇЗДУ
В ХАРКОВІ (ДО 150-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ГОФУНГА ТА
115-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ VI З'ЇЗДУ)**

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

Вступ. Одонтологічні з'їзди початку ХХ століття були суттєвими віхами у розвитку зуболікування, виконуючи функцію не лише наукових форумів, а й майданчиків для консолідації професійної спільноти зубних лікарів, лікарів-дентіатрів (з університетською медичною освітою) та дантистів. Особливе місце в історії медицини та зуболікування посідає VI Всеросійський одонтологічний з'їзд, що проходив у Харкові з 28 грудня 1911 року по 3 січня 1912 року. Підготовка до цього масштабного заходу відбувалася у вкрай складній соціально-політичній та психологічній обстановці. Міністерство внутрішніх справ заборонило обговорювати побутові та правові питання, а також ввело жорсткі обмеження на

перебування у Харкові делегатів-євреїв, які не мали права проживання поза смугою осілості.

У цих умовах багато авторитетних професійних об'єднань, такі як Київське та Одеське одонтологічні товариства, піддалися емоційним реакціям і оголосили з'їзду бойкот. Порятунком форуму вимагав видатних організаторських зусиль і тонкого психологічного розрахунку. Головним рушієм цього процесу виступило Харківське зуболікарське товариство, а основний тягар підготовчої роботи ліг на плечі його голови та секретаря організаційного комітету з'їзду – Юхима Михайловича Гофунга.

Мета дослідження. Проаналізувати організаторські здібності та психологічні аспекти лідерства Ю.М.Гофунга в період підготовки та проведення VI Всеросійського одонтологічного з'їзду в Харкові.

Матеріал і методи. Матеріалом для дослідження послужили історичні документи, стенограми та протоколи засідань Харківського зуболікарського товариства, звіти організаційного комітету VI Всеросійського одонтологічного з'їзду, праці з'їзду, а також публікації у профільних журналах того часу («Зубоврачебный вестник», «Одонтологическое обозрение», «Практическое зубоврачевание» та ін.), спогади колег і сучасників. У роботі застосовувалися історико-медичний, документальний та психобіографічний методи дослідження.

Результати. Діяльність Ю.М. Гофунга на посаді секретаря оргкомітету вимагала колосальних витрат часу, енергії та копіткої праці. У період підготовки до одонтологічного з'їзду різко зріс обсяг документообігу: кількість лише вихідних паперів досягла 200, тоді як попереднього року їх було всього 90. Гофунг взяв на себе вирішення найскладніших логістичних завдань.

Під його керівництвом оргкомітет з'їзду забезпечив масштабне інформування лікарів: програми-циркуляри з'їзду були розіслані в кількості до 4000 примірників, у чому величезну допомогу організаторам

надали різні приватні зуболікарські фірми Аш, акціонерне товариство зуболікарських виробів в особі Ю.К. Шиле, товариство «Зубь», Олександр Коп, Пульсон та ін. Завдяки його дипломатичним навичкам вдалося досягти угоди з кращими центральними готелями Харкова про надання делегатам знижки у 10-15 % на проживання та харчування.

Психологічний комфорт учасників був для Гофунга пріоритетом. З метою зниження тривожності приїжджих (особливо з урахуванням жорстких термінів легального перебування в місті) на залізничному вокзалі було організовано спеціальне бюро оргкомітету з їзду, де делегати одразу після прибуття отримували всі необхідні довідки та підтримку. Для неформального згуртування розрізненої зуболікарської корпорації Гофунг і його колеги організували масштабну товариську зустріч Нового року в Харківській громадській бібліотеці з вечерею за мінімальною підпискою, що стало блискучим психологічним ходом для зняття напруги та об'єднання зубних лікарів.

Крім того, Гофунг продемонстрував чудові здібності до встановлення міжнародних професійних зв'язків. Він особисто вів листування і домогся приїзду до Харкова видатних європейських фахівців, таких як професор Ганс Мамлок (Німеччина) та голова союзу американських ортодонтів І. Грюнберг.

Коли Київське та Одеське одонтологічні товариства випустили різкі резолюції про відмову від участі в одонтологічному з'їзді у Харкові через урядові обмеження, Гофунг продемонстрував високу психологічну стійкість та конструктивний підхід. Замість того щоб вступати в деструктивну конфронтацію або піддаватися зневірі, Харківський оргкомітет з'їзду під керівництвом Гофунга надіслав радикалам лист. У цьому документі, написаному Гофунгом, застосовувався глибокий психологічний аргумент: відмова від з'їзду вдарить не по уряду, а по простих провінційних зубних лікарях, для яких з'їзд – єдина можливість

вирватися з «глухої провінції», побачити наукові новинки та обмінятися досвідом. Гофунг апелював до емпатії та професійного обов'язку, вказуючи, що зруйнувати справу одним необдуманим словом легко, а створювати – важко.

На самому з'їзді Гофунг проявив себе як вмілий модератор наукових дискусій. Під час палких дебатів з приводу методів лікування пульпітів (екстирпація проти ампутації) Гофунг психологічно грамотно спрямував дискусію в русло наукової чесності. Він закликав колег відкинути «косні погляди та хибний страх», відкрито зізнатися у клінічних невдачах та нездатності обробляти викривлені канали, щоб разом знайти раціональний метод лікування. Його чесність та відкритість обеззброїли опонентів і дозволили дискусії стати найяскравішою науковою подією одонтологічного з'їзду у Харкові.

Обговорення. Психологічні аспекти діяльності Ю.М. Гофунга свідчать про його високий емоційний інтелект та емпатію. У кризовій ситуації 1911 року, коли зуболікарська громадськість була розколота і пригнічена дискримінаційними рішеннями Міністерства внутрішніх справ, Гофунг обрав стратегію об'єднання навколо спільної вищої мети – науки та професійного вдосконалення. Він розумів психологію «провінційного працівника», який відчував себе ізольованим від центрів науки, і зробив усе, щоб з'їзд відбувся саме заради них.

Його лідерський стиль характеризувався повною відсутністю марнославства. Як зазначала на закритті з'їзду С.С. Рабінович, Гофунг (один із «трьох китів» з'їзду) виявив «якусь дитячу чужість будь-якій заздрості, чистоту шукань». Він не шукав слави для себе, а щедро роздавав подяки іншим: голові оргкомітету з'їзду професору С.О. Попову, іноземним колегам, місцевій адміністрації. Ця щира вдячність формувала навколо нього атмосферу довіри та співпраці, завдяки якій навіть іноземні

гості, такі як І. Грюнберг, зізнавалися, що ніде не зустрічали такого теплового прийому, як у Харкові.

Крім того, Гофунг мав колосальну працездатність. Професор С.О. Попов на відкритті одонтологічного з'їзду публічно заявив: «Майже весь тягар підготовчої роботи впав на секретаря організаційного комітету шановного Ю.М. Гофунга». Абсолютним підтвердженням беззаперечного авторитету Гофунга стало його одноголосне обрання редактором праць з'їзду. Усвідомлюючи всю тяжкість майбутньої роботи (багато авторів не надсилали тексти доповідей місяцями, а записи секретаріату були уривчастими), він узяв на себе цю відповідальність і блискуче довів справу до кінця, видавши праці з'їзду у серпні 1912 року.

Висновки. Ю.М. Гофунг виконав колосальну роботу з логістики, інформування та міжнародного представництва, що забезпечило присутність на з'їзді 259 делегатів та відомих європейських вчених. В умовах політичного тиску та корпоративного бойкоту Київського й Одеського одонтологічних товариств Гофунг зумів змістити фокус уваги громадськості з політичних образ на конструктивні наукові завдання та професійну солідарність. Емоційний інтелект, виняткова скромність, відсутність професійної заздрості та глибока емпатія до потреб пересічних зубних лікарів дозволили Ю.М. Гофунгу стати істинним духовним та організаційним центром VI Всеросійського одонтологічного з'їзду. Захід, який багато хто заздалегідь прирікав на провал, багато в чому завдяки особистим і діловим якостям Ю.М. Гофунга, став тріумфом тогочасної одонтології, піднімаючи престиж зубних лікарів до рівня повноправних членів загальної медичної сім'ї.

Стоян О.Ю., Некрасова Н.О.

**КОМПЛЕКСНЕ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ
СНЩС: ВІД ПАТОГЕНЕЗУ ДО ЛІКУВАЛЬНИХ СТРАТЕГІЙ.**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Актуальність. Однією з актуальних проблем сучасної стоматології залишається широкий спектр патологічних станів скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). Протягом понад п'ятдесяти років різноманітні прояви цих порушень перебувають у центрі уваги фахівців у всьому світі, а їх значна варіабельність сприяє подальшому виявленню нових етіологічних чинників розвитку змін у СНЩС. [4]

Дисфункції СНЩС належать до найпоширеніших патологій щелепно-лицевої ділянки та характеризуються больовим синдромом, розладами жувальної функції, обмеженням відкривання рота і зниженням якості життя пацієнтів. [3] Поліетіологічність та варіабельність клінічних проявів обумовлюють складність діагностики і потребу в мультидисциплінарному підході. [2]

Мета. Обґрунтувати сучасні підходи до комплексного ведення пацієнтів із дисфункціями СНЩС з урахуванням патогенетичних механізмів та міждисциплінарної взаємодії.

Матеріали і методи. Проведено аналіз сучасних літературних джерел, клінічних протоколів та результатів спостереження пацієнтів із дисфункціями СНЩС. Оцінювали клінічні симптоми, оклюзійні взаємовідношення, стан жувальних м'язів, психоемоційний статус. Використовували клінічні, функціональні та інструментальні методи (МРТ, КТ, електроміографія).

Результати. Встановлено, що ключовими ланками патогенезу дисфункцій СНЩС є м'язово-суглобова дискоординація, оклюзійні порушення, психоемоційні фактори та дегенеративні зміни суглобових структур. Клінічно це проявляється больовим синдромом, клацанням у суглобі, обмеженням рухів нижньої щелепи. Комплексний підхід до лікування передбачає поєднання консервативних та, за показаннями, інвазивних методів. [1]. Консервативна терапія включає оклюзійну

корекцію (сплінт-терапію), медикаментозне лікування (НПЗП, міорелаксанти), фізіотерапію та лікувальну гімнастику. Значну роль відіграє психологічна корекція та усунення парафункцій. У складних випадках застосовують малоінвазивні втручання (артроцентез, артроскопія). Ефективність лікування значно підвищується при залученні стоматологів різних спеціальностей, неврологів, ортопедів, фізичних терапевтів та психологів.

Висновки. Дисфункції СНЩС мають багатофакторну природу та потребують індивідуалізованого підходу до діагностики й лікування. Мультидисциплінарна взаємодія є ключовою умовою досягнення стабільних клінічних результатів. Рання діагностика, усунення етіологічних чинників і поетапна терапія дозволяють зменшити симптоматику, покращити функцію суглоба та якість життя пацієнтів.

Література

1. Крилевська К. А. Реабілітаційні заходи при дисфункції скронево - нижньощелепного суглобу / К. А. Крилевська, М. В. Савохіна // Матеріали VII науково-практичної internet-конференції з міжнародною участю «Механізми розвитку патологічних процесів і хвороб та їх фармакологічна корекція»:, м. Харків, 14 листопада 2024 р. - С. 214-216
2. Шкільняк Л. І. Роль психоемоційного комплексу у виникненні дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу / Л. І. Шкільняк // Український науково-медичний молодіжний журнал. - 2012. - № 1. - С. 181-182
3. Яценко П. І. Види дисфункціональних станів скронево-нижньощелепного суглобу за етіологією та особливостями їх патогенезу / П. І. Яценко. // Актуальні проблеми сучасної медицини. 2018. Т. 18, Вип. 3. С. 335-340. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2018_18_3_71
4. Stoyan E.Y. Changes in the temporomandibular joints with cystic Fibrosis (clinical observation) / E.Y. Stoyan, G.P. Ruzin, I.V. Janischin // Матеріали

науково-практичної конференції з Міжнародною участю «Гофунговські читання», присвяченої 95-річчю кафедри терапевтичної стоматології Харківського національного медичного університету та 140-річчю з дня народження її засновника, професора Є.М. Гофунга, Харків 6-7 жовтня 2016 р. – С. 448-452

Боян А.М.

**МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО
СПІВВІДНОШЕННЯ ЩЕЛЕП У ХВОРИХ З М'ЯЗОВО-
СУГЛОБОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-
НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ.**

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна,
Харків, Україна

Актуальність. В даний час відомо, що в основі МСД СНЩС лежить порушення координованої функції жувальних м'язів, СНЩС і взаємного розташування елементів СНЩС, а саме головки та диска щодо суглобового горбка.

Поширеність даного захворювання зустрічається від 40 до 82% від числа тих, хто звернувся за стоматологічною допомогою. [1,2].

В останні роки з'явилися дані щодо значної поширеності патології СНЩС у осіб вікової категорії від 18 до 22 років. За результатами дослідження деяких авторів, ступінь поширеності у цій віковій групі сягає 52%.

М'язово-суглобова дисфункція переважно зустрічається у жінок, приблизно вдвічі частіше, ніж у чоловіків.

Відомо, що ключовою ланкою у розвитку СНЩС є дискоординація діяльності жувальних м'язів, що призводить до зміни взаємовідносин внутрішньосуглобових дисків та головок нижньої щелепи.[3].

При МСД жувальні м'язи працюють у патологічному режимі та функціонально перевантажені. До причин, що призводять до перевантаженості у роботі жувальних м'язів, найчастіше відносять суперконтакт, дефект зубного ряду, однобічний тип жування, стресові ситуації. Всі перераховані вище причини можуть призвести до зміщення нижньої щелепи щодо верхньої по всіх площинах (сагітальної, горизонтальної, фронтальної), а також ці зсуви по площині можуть бути комбіновані.

Важливим етапом у комплексному лікуванні МСД є визначення центрального співвідношення щелеп (ЦСЧ) з метою виготовлення лікувальної оклюзійної шини для стабілізації положення нижньої щелепи, зняття напруги в суглобі та створення комфортних умов для нормалізації взаємовідносин елементів суглоба, а саме головки, диска та суглобового горбка.

Методики, що застосовуються для відновлення висоти прикусу на 2-2,5 мм і фіксація центрального співвідношення щелеп за допомогою воскових валів оклюзійних з метою виготовлення оклюзійної шини для релаксації жувального м'яза, дозволяє коригувати положення нижньої щелепи тільки по вертикальній площині тоді, як доведено, що вона може бути дезорієнтована по всіх трьох площинах.

Інші методи розслаблення жувальних м'язів, такі як передній прикусний блок, медикаментозні методи, застосування однополярних низькочастотних імпульсних струмів, малоефективні за наявності симптомів м'язово-суглобової дисфункції СНЩС із стійкими контрактурами жувальних м'язів. [4].

Пошук методик, що дозволяють якісно розслабити спазмовані жувальні м'язи перед етапом визначення центрального співвідношення щелеп у хворих із симптомами МСД СНЩС для виготовлення лікувальної оклюзійної шини, є актуальним.

Ціль дослідження. Вивчення ефективності різних методів розслаблення жувальних м'язів у хворих з м'язово-суглобовою дисфункцією скронево-нижньощелепного для визначення центрального співвідношення щелеп.

Матеріали та методи дослідження.

В основу дослідження покладено результати обстеження 60 хворих з МСД СНЩС віком від 20 до 62 років, з них 17 чоловіків та 43 жінки. Для вивчення та проведення порівняльної характеристики різних методик розслаблення жувальних м'язів, хворі були розподілені на три рівні групи по 20 осіб у кожній. При формуванні груп було враховано як клінічні показники, а й вимоги математичної статистики, які пред'являються до вибірок, саме вимоги однорідності, репрезентативності, структурної відповідності та однакових умов проведення дослідження.

Усім хворим проводили електроміографічне дослідження. Використовували поверхневу ЕМГ, яка дозволяє реєструвати біоелектричну активність жувальних м'язів пацієнта за допомогою нашкірних електродів. Досліджували власне-жувальні (m. Maseter), і скроневі (m. Temporalis) м'язи, праворуч і ліворуч, при цьому застосовували різні функціональні проби: запис біоелектричної активності мускулатури в стані спокою, при максимальному стисканні зубів, при максимальному стисканні на правій/лівій стороні, при жуванні та ін. Дослідження проводили до початку міорелаксації та після неї всім 60 хворим.

Також усім хворим було проведено комп'ютерно-томографічні (КТ) дослідження СНЩС.

Дослідження проводилися за допомогою конусно-променевого комп'ютерного томографа «Vatech Pax uni 3d» у звичній центральній оклюзії до початку процедур міорелаксації та з виготовленими оклюзійними шинами після розслаблення жувальних м'язів у кожній із

груп. Вимірювали ширину суглобової щілини у передніх, верхніх та задніх відділах.

Хворим I групи було проведено релаксацію жувальних м'язів за допомогою малого переднього програмуючого пристрою (обмежувач Lucia). [5].

Хворим II групи була проведена міорелаксація за допомогою однофазного імпульсного струму за методикою Джекеельсона [6]. Для розслаблення жувальних м'язів застосовується апарат J5 Myomonitor, який генерує однополярні низькочастотні імпульсні струми.

У хворих III групи міорелаксацію проводили за розробленою автором статті методикою [7], яка відрізняється від попередньої методики Джекеельсона тим, що застосовується двофазний імпульсний струм, який отримується за допомогою апарату «міостимулятор Нейро-2» [8]. Для досягнення більшого ефекту міорелаксації застосовуються 4 струмопровідні електроди.

Методика заснована на зняття блоків спазмованих та запалених жувальних м'язів за допомогою електро-нейростимуляції низькочастотними імпульсними струмами, перепрограмування функції жувальних м'язів (патент України на корисну модель №49503, опубл. 26.04.2010р.; патент України на корисну модель №59315, опубл. 10.05.2011р.; патент України на корисну модель №86404, опубл. 25.15.2013р.). [7,9,8]

На початку лікування необхідно перепрограмувати функції жувальних м'язів та м'язів шиї шляхом міорелаксації.

Задача, покладена в основу цього методу, вирішується тим, що перепрограмування функції жувальних м'язів і м'язів шиї відбувається шляхом впливу на них двофазовим імпульсним струмом.

Підвищення ефективності способу, обумовлене тим, що застосування двофазового імпульсного струму (струм, що змінює

напрямок у часі і, як наслідок, змінює рух м'язів відповідно до напрямку струму) приводить до зведення систематичної погрішності до нуля, тобто зняття патологічної пам'яті м'язів, що приводить до якісної міорелаксації і сприяє нейтральному положенню нижньої щелепи щодо верхньої.

Результати та їх обговорення.

Таким чином, за даними електроміографічних та комп'ютерно-томографічних досліджень, найкращі результати міорелаксації жувальних м'язів були досягнуті у пацієнтів третьої групи і вони наблизилися до показників стоматологічних пацієнтів, які не мають симптомів МСД СНЩС.

Висновок. Найбільш ефективною методикою міорелаксації, за даними електроміографічних та КТ досліджень, виявилася методика релаксації двофазним імпульсним струмом, застосування якої дало можливість встановити нижню щелепу у хворих у положенні «справжньої» центральної оклюзії, що призвело досліджувані показники до показників стоматологічних пацієнтів, практично здорових людей.

Список літератури.

1. List T., Jensen R.H. Temporomandibular disorders: old ideas and new concepts. *Cephalalgia*. 2017. Vol. 37 (7). P. 692-704. DOI: <http://doi.org/10.1177/0333102416686302>
2. List T., Dworking S.F. Comparing TDM diagnoses and clinical findings at Swedish and US TDM centres using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Pain*. 1996. Vol. 10(3). P. 240-253. URL: http://files.jofph.com/files/article/20240108-116/pdf/jop_10_3_list_5.pdf
3. Ferreira N., Masterson D., Lopes de Lima R. et al. Efficacy of viscosupplementation with hyaluronic acid in temporomandibular disorders: A systematic review // *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2018. Vol. 46. P. 1943-1952

4. Cordray F. The relationship between occlusion and TMD. *Open Journal of Stomatology*. 2017. Vol. 7(1). P35-80. DOI: <http://doi.org/10.4236/ojst.2017.71003>
5. Lucia VO: A technique for recording centric relation. *J Prosthet Dent*14:492, 1964.
6. Jankelson, B. The Myo-monitor: Its use and abuse. *Quintessence International*, 1978, Vol. 9, Report 1601, No 2, P.1-11.
7. Боян А.М. Спосіб перепрограмування функції жувальних м'язів і м'язів ший./Боян А.М., Боян М.А./ патент № 49503 – 26.04.2010.
8. Боян А.М. Пристрій для лікування дисфункції жувальних м'язів і скронево-нижньощелепного суглобу./Боян А.М., Ушаков В.І./патент № 86404 – 25.12.2013.
9. Боян А.М. Спосіб лікування дисфункції жувальних м'язів і скронево-нижньощелепного суглоба./ патент № 59315 – 10.05.2011.

Мельник В.Л., Шевченко В.К., Костиренко О.П.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ БОЛЬОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА У ПАЦІЄНТА З ОСТЕОПОРОЗОМ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність. Остеопороз - хронічно прогресуюче захворювання скелета, яке характеризується зниженням щільності та міцності кісток. Особливе місце серед захворювань, які призводять до остеопорозу – ендокринні порушення, цервікогенна гіпертензія, яка характеризується стрибками артеріального тиску, запамороченням, порушенням серцевого ритму, вегетативні розлади, неврологічні збої у роботі дихальних м'язів.

Захворювання скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) вважаються одними з найбільш складних і невіршених питань

ортопедичної та хірургічної стоматології, незважаючи на проведені численні дослідження в напрямку їх діагностики та лікування. При великому різноманітті апробованих методів діагностики захворювань СНЩС не описані чіткі характеристики компресійно-дислокаційної дисфункції для доказової бази постановки цього діагнозу. *Об'єктивний огляд* пацієнта дозволяє тільки визначити наявність болісних змін в суглобах, оцінити функцію суглобів: обсяг руху в них, м'язову силу, тонус жувальних м'язів. Зважаючи на це, на ранніх стадіях захворювання СНЩС з явищами остеопорозу, остеомалії КТ 3D з додатковим програмним забезпеченням дозволяє визначити наявність даного захворювання.

Мета. Визначити особливості обстеження пацієнта з м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС на тлі остеопорозу, з урахуванням архітектоніки кісткової тканини щелеп.

Матеріали і методи. Пацієнт М. 1961 р. н. звернувся на кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів зі скаргами на скутість при відкриванні рота зранку, больові відчуття в суглобах та характерний хрускіт, м'язові болі. З анамнезу відомо, що він знаходиться на диспансерному обліку у лікарів-інтерністів: травматолога з приводу поліартрозу колінних суглобів; алерголога-медикаментозна гіперчутливість до лікарських засобів; кардіолога-гіпертонічна хвороба-II ст.; стоматолога- пародонтолога -генералізований пародонти II ст. важкості.

Результати досліджень та їх обговорення. Проведено клінічне та параклінічне обстеження пацієнтки. Щільність кісткової тканини нижньої щелепи визначали за методикою комп'ютерної томографії (КП КТ) та оцінювали за шкалою Хаунсфілда (Hounsfield).

Отримані результати: щільність альвеолярного паростка в ділянках кутів нижньої щелепи - правого 800-1000 од., лівого -700-1000од.

Суглобових голівок: правої - IV тип кістки, що характерно для проявів остеомалії та остеопорозу, лівої III тип кістки. Фронтальна ділянка альвеолярного паростка нижньої щелепи справа біля зубів 4.1, 4.2, 4.3 - III тип кістки од. (UH) (щільність під пародонтальними кишнями).

Висновок. Результати проведених досліджень у пацієнтки з деформуючим артрозом свідчать про неоднорідність щільності різних ділянок кісткової тканини (суглоби, тіло щелепи, навколо зубні тканини) нижньої щелепи справа. Даний алгоритм проводився для індивідуального планування етапів лікування.

Tretiak Kseniia Yevheniivna

PERFORMANCE OF DIFFERENT ADHESIVE SYSTEMS IN COMPOSITE RESIN RESTORATIONS (A REVIEW)

Dnipro State Medical University

Introduction. Modern dentistry requires constant implementation of innovative technologies. Minimally invasive dentistry often relies on the effectiveness of adhesive systems. They ensure durability of the filling, prevention of microbial invasion relapse and isolation of the pulp from various irritants. Knowing the mechanisms of adhesion and the properties inherent in different systems, doctors get better clinical results, because they consciously choose the optimal material and carefully follow the technology of its use.

Objective. The purpose of this article is to conduct an analysis of specialized literature to generalize knowledge about modern adhesive systems, and highlight the most important characteristics of each generation of adhesives.

Materials and methods. A review of scientific studies that were comparing characteristics of different generation of adhesive systems, such as bond strength and post-operative sensitivity, published from 2014 to 2026 in the PubMed and Elsevier Open Access databases.

Results. Adhesion can be defined as the force that binds two dissimilar materials together when they are in close contact. In dentistry, adhesive systems bond a hydrophobic composite to hydrophilic tooth tissues by creating a hybrid layer using bipolar molecular bonding. To create this connection, it is necessary to ensure micromechanical retention by creating a rough surface with a certain degree of wetting.

Dentin adhesion is complicated by presence of a smear layer, which acts as a barrier for the penetration of polymers. Therefore, adhesive systems contain three important components: conditioner, primer and sealant. In modern dentistry, two options are used to overcome the low strength of the connection with dentin through the smeared layer: removal of this layer by the etching procedure or its transformation with adhesive agents.

When using adhesive systems with total etching (TE), the smear layer is dissolved by conditioner and washed off. Hydrophilic components of the adhesive system penetrate the tubules, bind to collagen fibers, forming a hybrid layer after polymerization. These systems provide high adhesion strength and a good marginal fit, but removal of the lubricated layer plugs from the tubules increases the likelihood of postoperative sensitivity (POS) and microbial re-invasion.

In self-etching systems (SE), acid primers modify and dissolve the smear layer, and although the residues are not washed away as in total etching systems, they still allow direct adhesive interaction with the dentin substrate, as they precipitate on the surface of the dentin and integrate into the hybrid layer.

Dental adhesives are quite often classified by generations. This classification reflects the chronological sequence of appearance of various adhesive systems. With the change in technology, dental adhesives have evolved from systems without etching to systems with total etching (fourth and fifth generations), and later to self-etching (sixth, seventh, and eighth generations).

Materials of the fourth generation completely remove the smear layer, these systems are a golden standard of adhesion due to the strength of the connection. [1] The systems of the fifth generation are two-stage, they combine either primer and adhesive, or conditioner and primer in one bottle. [2] Sixth generation systems eliminate the etching step or include it chemically in one of the other steps. Their bond with enamel is weaker than in previous generations. The seventh generation combines all components in one bottle, but has the lowest long-term bond strength. Agents of the eighth generation contain nanofillers, which increase penetration of bonding monomers. Also, they contain hydrophilic monomers, so they are less sensitive to dentin moisture. [3]

The meta-analyses showed that there is no evidence to prove the SE and TE will affect POS at present when measured using the visual analog scale (VAS) [SMD = 0.02 (95% CI: -0.15, 0.20)] or the the World Dental Federation (FDI) [RR = 1.06 (95% CI: 0.98, 1.15)] scale. [4] However, TE adhesives provide better outcomes in terms of marginal adaptation and color. [5]

The risk of marginal discoloration following SE was significantly higher than that following etch-and-rinse. The pooled risks of unfavorable marginal adaptation, retention and fractures following SE were also significantly higher than that following TE. [6]

In 2014, a systematic review evaluated articles published in Medline and IADR abstracts in which adhesive systems were used in randomized clinical trials of non-carious cervical lesions from 1950 to 2013 [7]. The authors divided adhesive systems into 3-stage with total etching, 2-stage with total etching, 2-stage self-etching and 1-stage self-etching. Self-etching ones were further divided according to the pH level into weak, intermediate ($\text{pH} \geq 1.5$) and strong ($\text{pH} \leq 1.5$). [8]

The lowest annual failure rate was observed for two-stage SE with moderate pH, followed by a 3-stage adhesive system and a 1-stage adhesive system with moderate pH (no statistically significant difference was found

between these systems). A higher intensity of failures was observed in strong single-stage self-etching systems, two-stage systems with etching and strong two-stage adhesive systems (these three systems also do not have a statistically significant difference in the rate of failure intensity) [9].

Conclusions. Adhesion to the tooth tissues, particularly dentin, is a complex problem. Total etching systems provide a reliable mechanical connection between the tooth tissues and the filling, as well as show better esthetic results. Although TE adhesives are not directly linked to postoperative sensitivity, a complex technology of application increases probability of errors, which may result in POS. When using self-etching systems, the probability of making a mistake is lower, the connection is hermetic, but the adhesion strength is lower. The final choice of the adhesive system depends on the needs and views of the doctor, because the quality of most modern adhesives provides optimal clinical results under the conditions of proper use.

References

1. El Gedaily M, Attin T, Wiedemeier DB, Tauböck TT. Impact of Different Etching Strategies on Margin Integrity of Conservative Composite Restorations in Demineralized Enamel. *Materials (Basel)*. 2020 Oct 11;13(20):4500. doi: 10.3390/ma13204500.
2. Sofan E, Sofan A, Palaia G, Tenore G, Romeo U, Migliau G. Classification review of dental adhesive systems: from the IV generation to the universal type. *Ann Stomatol (Roma)*. 2017 Jul 3;8(1):1-3
3. Chacón Gahona KB, Morales Bravo BR, Vintimilla Coronel SE, Sarmiento Criollo PF. Evolución y efectividad de los sistemas adhesivos de séptima y octava generación en restauraciones directas. una revisión. 2023 Dec 28;11(4):e178. Spanish. doi: 10.21142/2523-2754-1104-2023-178.
4. Saini RS, Vyas R, Vaddamanu SK, Quadri SA, Mosaddad SA, Heboyon A. Efficacy of different adhesive systems in bonding direct resin

- composite restorations: a systematic review and meta-analysis. Evid Based Dent. 2025 Jun;26(2):115. doi: 10.1038/s41432-024-01095-3.
5. Mahn E, Rousson V, Heintze S. Meta-Analysis of the Influence of Bonding Parameters on the Clinical Outcome of Tooth-colored Cervical Restorations. J Adhes Dent. 2015 Aug;17(5):391-403. doi: 10.3290/j.jad.a35008.
 6. Ma KS, Wang LT, Blatz MB. Efficacy of adhesive strategies for restorative dentistry: A systematic review and network meta-analysis of double-blind randomized controlled trials over 12 months of follow-up. J Prosthodont Res. 2023 Jan 6;67(1):35-44. doi: 10.2186
 7. Mokeem LS, Garcia IM, Melo MA. Degradation and Failure Phenomena at the Dentin Bonding Interface. Biomedicines. 2023; 11(5):1256.
 8. Comba A, Baldi A, Carossa M, Paolone G, Stura I, Migliaretti G, Scotti N. A Three-step Etch-and-Rinse vs a Universal Adhesive in Nanohybrid Composite Anterior Restorations: A Retrospective Clinical Evaluation. J Adhes Dent. 2023 Apr 24;25:87-97. doi: 10.3290/j.jad.b4043039.
 9. Peumans, M.; De Munck, J.; Mine, A.; Van Meerbeek, B. Clinical Effectiveness of Contemporary Adhesives for the Restoration of Non-Carious Cervical Lesions. A Systematic Review. Dent. Mater. 2014

Яремчук Д.Ю., Дмитрієв М.О.

ВПЛИВ ТРАНСВЕРЗАЛЬНИХ АНОМАЛІЙ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ НА РОЗВИТОК ДИСФУНКЦІЙ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

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

Актуальність. Дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) є однією з найпоширеніших проблем у стоматологічній практиці, вражаючи від 20% до 40% населення різних вікових груп.

Трансверзальні порушення зубощелепної системи, що включають звуження верхньої щелепи, перехресний прикус та асиметрію зубних дуг, розглядаються як можливі етіологічні фактори дисфункцій СНЩС. Проте патогенетичні зв'язки між трансверзальними аномаліями та порушеннями функції суглоба залишаються предметом дискусій у сучасній ортодонтичній літературі.

Мета дослідження. Провести аналіз сучасних наукових публікацій щодо впливу трансверзальних цефалометричних характеристик та аномалій прикусу на функціональний стан СНЩС.

Матеріали та методи. Проведено пошук та аналіз наукових публікацій у базах даних PubMed, Scopus, Web of Science за період 2015–2025 років за ключовими словами: "transversal discrepancy", "maxillary constriction", "crossbite", "temporomandibular joint", "TMJ dysfunction", "cephalometric analysis". Відібрано 47 релевантних джерел, які включали клінічні дослідження та систематичні огляди, присвячені взаємозв'язку трансверзальних аномалій та дисфункцій СНЩС.

Результати. Аналіз літератури показав, що трансверзальні аномалії прикусу асоціюються з підвищеним ризиком дисфункцій СНЩС через зміну траєкторії руху нижньої щелепи та асиметричне навантаження на суглобові структури. Звуження верхньої щелепи призводить до вимушеного латерального зміщення нижньої щелепи при змиканні зубних рядів, що викликає постійне напруження жувальних м'язів та перевантаження суглобового диска. За даними метааналізу Farella et.al.[2007], пацієнти з одnobічним перехресним прикусом мають у 2,8 рази вищу ймовірність розвитку внутрішніх порушень СНЩС порівняно з особами з нормальним прикусом. Трансверзальні цефалометричні показники, зокрема міжвиличний розмір, ширина верхньої та нижньої щелеп, розглядаються як важливі предиктори функціонального стану СНЩС. Ортодонтична корекція трансверзальних аномалій у юнацькому

віці сприяє нормалізації біомеханіки суглобу та зменшенню симптоматики дисфункцій.

Висновки. Більшість сучасних досліджень свідчать про наявність асоціативного зв'язку між трансверзальними аномаліями зубощелепної системи та розвитком дисфункцій СНЩС. Своєчасна діагностика та корекція трансверзальних порушень у пацієнтів ортодонтичного профілю може розглядатися як один із методів профілактики патології суглобу. Подальші дослідження нормативних трансверзальних цефалометричних показників в українській популяції є актуальними для розробки діагностичних критеріїв та оптимізації лікувальних підходів.

ЗМІСТ

Борисова І.В., Борисова Є.С., Коваленко В.В	
ПРОФІЛАКТИКА ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВСУ ТА ДПСУ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ	4
З.В. Василик, С.М. Рожко, Б.Л. Пелехан	
ВИВЧЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ	8
Дворник В.М., Кузь Г.М., Тесленко О.І., Кузь В.С., Ілляшенко Ю.І., Лунькова Ю.С., Мартиненко І.М.	
ФАКТОРИ АТРОФІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКУ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ КОРИСТУЮТЬСЯ ПОВНИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ.....	10
Домбрович С., Рожко С., Пелехан Б.	
ВПЛИВ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ ВОЄННОГО ЧАСУ НА СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ В УКРАЇНІ	13
Drok Victoria Oleksandrivna	
PREVENTION OF RELAPSE OF PERIODONTAL DISEASES IN PATIENTS AFTER ORTHODONTIC TREATMENT.....	15
Виженко Є.Є., Курєдова В.Д., Виженко Г.В.	
КОМПЛЕКСНА ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПАТОЛОГІЙ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА	
Євчук Ю.І., Пантус А.В., Рожко С.М.	
ВИВЧЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ ТА РОЗПОДІЛУ АНТИБІОТИКІВ У ФІБРИНОВОМУ МАТРИКСІ.....	20
Іванов Р.О., Сарафинюк Л.А., Попова О.І.	
КРАНІОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖУВАЛЬНОГО ТИСКУ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ: ЗВ'ЯЗОК З ПАТОЛОГІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ	21
Камінська М.В., Попович З.Б.	

СУЧАСНИЙ ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦІЙ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА: ВІД МАНУАЛЬНОГО АНАЛІЗУ ДО ЦИФРОВОГО ПРОТОКОЛУ	23
---	----

Янішен І.В., Капелька Д.П.

МЕТОДИ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОТЕТИЧНОЇ ПЛОЩИНИ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ НА ОСНОВІ СУЧАСНИХ КЛІНІЧНИХ ТА ЦИФРОВИХ ПІДХОДІВ	26
---	----

Лісецька І.С., Сарапук В.І.

ПОШИРЕНOSTІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ЗУБІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ	29
--	----

Любарець С. Ф., Вовченко Л. О., Бойченко М. А.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ АНАМНЕСТИЧНИХ ЧИННИКІВ У РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ ФОРМУВАННЯ ЗУБІВ	31
--	----

Максименко А.І., Шешукова О.В., Онищенко А.В.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ	33
--	----

Малюченко П.М., Король Д.М., Малюченко М.М.

ОБґРУНТУВАННЯ ВИБОРУ КОНСТРУКЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ	35
--	----

Матолич У.Д., Уштан С.В.

РЕКОНСТРУКЦІЯ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА ПРИ ОСТЕОМІЄЛІТІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	41
--	----

Мельничук М.В., Пелехан Л.І., Пелехан Б.Л., Мельничук С.-В.М.

АНАТОМІЧНА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ НИЖНЬОЩЕЛЕПОВОГО КАНАЛУ ТА ЇЇ КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ У КОНТЕКСТІ ПАТОЛОГІЇ СНЩС	43
--	----

Мельничук М.В., Рожко С.М., Мельничук С.-В.М., Пелехан Б.Л.

АКТУАЛІЗАЦІЯ РЕЄСТРАЦІЇ ЦЕНТРАЛЬНОГО СПІВВІДНОШЕННЯ ЩЕЛЕП ПРИ ПОВНІЙ ВІДСУТНОСТІ ЗУБІВ	45
---	----

Мокрик О.Я., Гаврильців С.Т., Слободян Р.В.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗУ
БИОРЕГУЛЯЦІЙНОГО ПРЕПАРАТУ ПРИ ЛІКУВАННІ
МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ІЗ
ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛІПНИХ СУГЛОБІВ 47

**Новосадлий Р. І., Рожко С. М., Науковий керівник: д.мед.н.,
проф. Рожко М. М.**

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ
ЕНДОДОНТИЧНИХ ІРИГАНТІВ 51

Помпій О.О

КІЛЬКІСНИЙ АНАЛІЗ КОНЦЕНТРАЦІЇ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1 β В
ЯСЕННІЙ РІДИНІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ
ПАРОДОНТИТОМ 53

Pryadko S.O.

COMPOSITION OF MICROFLORA OF ROOT CANALS IN ACUTE
AND CHRONIC PERIODONTITIS 54

Рябоконт Є.М., Рябоконт Р.Є.

РОЛЬ ТА ОРГАНІЗАТОРСЬКІ ЗДІБНОСТІ Ю.М. ГОФУНГА В
ПІДГОТОВЦІ VI ВСЕРОСІЙСЬКОГО ОДОНТОЛОГІЧНОГО З'ЇЗДУ В
ХАРКОВІ (ДО 150-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ГОФУНГА ТА 115-
РІЧЧЯ ВІД ДНЯ VI З'ЇЗДУ) 57

Стоян О.Ю., Некрасова Н.О.

КОМПЛЕКСНЕ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ
СНЩС: ВІД ПАТОГЕНЕЗУ ДО ЛІКУВАЛЬНИХ СТРАТЕГІЙ..... 61

Боян А.М.

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО
СПІВВІДНОШЕННЯ ЩЕЛІП У ХВОРИХ З М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЮ
ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛІПНИХ СУГЛОБІВ. 64

Мельник В.Л., Шевченко В.К., Костиренко О.П.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ БОЛЬОВОЇ
ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛІПНОГО СУГЛОБА У
ПАЦІЄНТА З ОСТЕОПОРОЗОМ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ . 69

Tretiak Kseniia Yevheniivna

PERFORMANCE OF DIFFERENT ADHESIVE SYSTEMS IN COMPOSITE RESIN RESTORATIONS (A REVIEW)	71
---	----

Яремчук Д.Ю., Дмитрієв М.О.

ВПЛИВ ТРАНСВЕРЗАЛЬНИХ АНОМАЛІЙ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ НА РОЗВИТОК ДИСФУНКЦІЙ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	75
--	----