

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Асоціація ортодонтів України
Департамент охорони здоров'я
Полтавської обласної військової адміністрації



ЗБІРНИК ТЕЗ

**Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю
ОРТОДОНТІЯ БЕЗ КОРДОНІВ,
присвяченої пам'яті професора Л.П. Григор'євої
та 105-річчю Полтавського державного медичного університету
«Актуальні питання надання сучасної стоматологічної та
ортодонтичної допомоги»**

(9 квітня 2026 року)



Полтава 9 квітня 2026

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

- Ждан В.М. – ректор Полтавського державного медичного університету
- Дворник В.М. – перший проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи Полтавського державного медичного університету
- Скрипник І.М. – проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти Полтавського державного медичного університету
- Кайдашев І.П. – проректор закладу вищої освіти з наукової роботи Полтавського державного медичного університету
- Куроєдова В.Д. – завідувач кафедри післядипломної освіти лікарів–ортодонтів Полтавського державного медичного університету
- Виженко Є.Є. – доцент закладу вищої освіти кафедри післядипломної освіти лікарів–ортодонтів Полтавського державного медичного університету

Тема заходу: Актуальні питання надання сучасної стоматологічної та ортодонтичної допомоги.

Конференція внесена до Переліку заходів БПР Центру тестування при Міністерстві охорони здоров'я за № 1022188.

Оргкомітет конференції не несе відповідальності за зміст матеріалів та достовірність наведених даних.

INNOVATIVE ASPECTS OF USING CAD/CAM TECHNOLOGIES IN THE FABRICATION OF BAR PARTIAL DENTURES

Dvornyk V.M., Kuz H.M., Teslenko O.I., Kuz V.S., Lunkova Yu.S., Illiashenko Yu.I., Martynenko I.M.

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

Relevance. Modern dentistry has made a significant breakthrough over the last decades, fundamentally transforming the conventional understanding of classical prosthodontics. In European dental practice, preference has long been given to digital methods of patient diagnostics and prosthesis fabrication; however, in Ukraine, such practices have not yet gained widespread adoption. Many practitioners are hesitant to move away from traditional dental restoration protocols, citing the increased cost of digital treatment and the necessity of obtaining additional qualifications for its successful implementation.

The aim. Proving the undeniable advantage of CAD/CAM technologies: a case study of bar partial dentures.

Materials and methods. During the study, we examined classical and CAD/CAM technologies for the fabrication of bar partial dentures. After conducting an analysis and comparing the clinical and laboratory stages of their production, we confirmed the hypothesis that the digital technique offers a number of undeniable advantages.

Results: Computer-aided visualization of models and prosthesis simulation not only facilitates the diagnostic process but also allows the patient to preview the treatment outcomes. The use of specialized modeling software significantly reduces the dental technician's workload and prevents numerous errors at this stage of prosthodontics. By leveraging digital technologies, we can minimize the number of patient visits and perform quality control of the final structure prior to the actual placement of the prosthesis.

Moreover, the milled fabrication of a bar partial dentures framework reduces its porosity and decreases the retention of *Candida albicans* on its surface due to the use of pre-polymerized resin. Additionally, milling the framework from a solid metal disc allows for higher precision of fine details and reduced thickness of the major connector, enhancing aesthetics and improving patient comfort.

Conclusions: As a result of the study, we can confidently confirm the rationality of using CAD/CAM techniques in bar partial dentures framework fabrication and recommend it as the primary protocol for modern prosthodontics.

INFLUENCE OF HYGIENE MEASURES ON THE ORAL MICROBIOME

Komlev A.A.

Donetsk National Medical University, Kropyvnytskyi, Ukraine

The accumulation of dental deposits on the surface of the teeth leads to the development of the pathology of hard tissue and periodontium. Modern studies confirm the existence of the connection between the level of hygiene and the composition of the oral microflora. Mechanical removal of microbial plaque and hygiene measures are important components of comprehensive treatment.

The purpose of the study is to analyze modern literary sources that relate to the connection between oral hygiene and its microbiome.

Individual oral hygiene contributes to the normalization of its microflora. It is known that a manual toothbrush removes only 43% of dental plaque. To improve this indicator, it is important to teach the correct technique of brushing teeth. It is additionally recommended to use the means for penetrating into interdental spaces (dental floss, brushes, irrigators, etc.). Interdental brushes can reduce plaque to a greater extent than brushing or flossing alone. An electric toothbrush removes 7-17% more dental deposits than a manual toothbrush. An electric toothbrush with a monitor for visualizing red fluorescent plaque using a camera was more effective.

Skipping daily hygiene leads to the accumulation of biofilm and the change in the ratio of microorganisms towards a dysbiotic shift. One of the important components affecting the biochemistry of dental plaque is fluoride. Toothpastes containing SnF₂ showed the greatest effectiveness in reducing initial bacterial colonization in situ. The antiseptic effect of all hygienic (prophylactic) mouthwashes is specified and enhanced by the presence of sodium fluoride in the composition. However, its excessive intake into the human body affects the state of the oral microflora. Prolonged use of mouthwashes causes the changes in its qualitative composition, the nature of which depends on the chemical composition of a mouthwash. Therefore, some doctors prefer herbal medicines for the reasons that they have a wider spectrum of pharmacological activity that further contributes to the growth and stabilization of the resident oral microflora.

In case of ineffective individual oral hygiene, within 2-4 days dental plaque turns from a planktonic form into a biofilm which can only be removed by force and not completely. The biofilm quickly recovers after mechanical destruction and forms a mature form again within 24 hours. Nevertheless, its pathogenicity can be significantly reduced by disrupting the integrity of the structure and restoring normal microflora with the help of high-quality professional hygiene. Therefore, patients address a dentist. The air-abrasive technique is effective in removing biofilm and stains from the surface of the teeth. Moreover, during professional hygiene, apart

from soft dental plaque, mineralized deposits are removed with mandatory grinding and polishing of the tooth surfaces.

Thus, hygiene measures can prevent diseases caused by oral microorganisms. It is important to increase patients' motivation; teach personal hygiene with the selection of optimal means for it; professional hygiene at least twice a year.

FREQUENCY-RESONANCE ANALYSIS OF OSSEOINTEGRATION OF SMALL-DIAMETER IMPLANTS IN BICORTICAL PLACEMENT

Pavlish I.V., Kuz H.M., Dvornyk V.M., Balia H.M., Marchenko K.V., Kuz V.S., Shemetov O.V.

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

Relevance. Reducing the duration of patient rehabilitation alongside decreasing the invasiveness of interventions has become a modern trend in the development of medicine in general and dentistry in particular. This issue is especially relevant in dental implantology, as this method involves surgical intervention for implant placement as well as accompanying or preparatory procedures.

The issue of applying minimally invasive dental implantation techniques in conditions of bone tissue deficiency is particularly relevant. One of the approaches to solving this problem, particularly in the lateral regions of the mandible, is the bicortical placement of one-stage small-diameter implants bypassing the mandibular canal.

The decisive factors for implant stability are the mechanical properties of the bone tissue (the density of cortical and cancellous bone) at the implantation site and the technique of implant insertion into this bone. The mechanical properties of bone are determined by its composition and may improve during the process of osseointegration, as during this period the trabecular bone surrounding the implant is transformed into dense cortical bone.

The aim of the study was to investigate the osseointegration of bicortically placed small-diameter implants in the lateral regions of the mandible under conditions of bone tissue deficiency by measuring their stability using the resonance frequency analysis method.

Materials and methods. In our study, we used the «Osstel ISQ» device manufactured in Switzerland. To measure the ISQ, a «SmartPeg» transducer adapted to our implant system was used.

The study group consisted of 16 patients aged 34-72 years with complete and partial tooth loss in the mandible and bone deficiency in the lateral regions. A total of 98 «Art Implant» implants from the Simplex line (Ukraine) were placed, with an endosseous part measuring 2.8 mm in diameter and 10-14 mm in length. All implants were placed bicortically, bypassing the inferior alveolar nerve, using a surgical guide

fabricated according to an original technique. The implant bed was prepared using only a 2 mm pilot drill. The number and positioning of implants were determined based on mathematical modeling data. ISQ was measured immediately after implant placement, after 3 months, and after 1 year.

Results. To analyze the dynamics of ISQ depending on the primary stability of the implant, we divided the entire sample into three groups. The first group included implants with primary stability values of 30-40 ISQ units, the second group 41-50 ISQ units, and the third group 51-59 ISQ units. The number of implants in the first group was 42 (54.1%), in the second group 38 (40.9%), and in the third group 13 (14.0%).

The ISQ values change differently over time across the groups, although overall the indicators increase during the process of osseointegration in all groups. Thus, in the first group, an increase in ISQ of 16% ($p<0.05$) was observed after 3 months, and 33.1% ($p<0.05$) after 1 year. In the second group, no significant changes in ISQ were observed after 3 months; however, after 1 year, the mean value increased by 17.4% ($p<0.05$). A different ISQ dynamic was observed in the third group. Specifically, 3 months after implant placement, the ISQ value decreased by 8.7% ($p<0.05$), but after 1 year, the mean value increased by 12.2% ($p<0.05$).

Conclusions. Determination of ISQ using the resonance frequency analysis method is an objective indicator that reflects the process of osseointegration of bicortically placed implants in the lateral regions of the mandible under conditions of bone tissue deficiency. The dynamics of ISQ during implantation differ depending on the degree of primary stability. With low primary stability values, a gradual and more pronounced increase in the mean ISQ is observed – by 33.1%. With moderate primary stability values, the mean ISQ increases by 17.4% over the first year. With high primary stability, a decrease in the mean ISQ by 8.7% is observed after 3 months, followed by a subsequent increase of 12.2%. An ISQ value of less than 33 units can be considered critical for implant integration in cases of immediate loading.

RELATIONSHIP BETWEEN MUSCULOSKELETAL STATUS AND DENTOFACIAL ANOMALIES IN CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENTS

Sokolohorska-Nykina Yu.K.,¹ Stasiuk O.A.,¹ Volvach I.V.²

¹*Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine*

²*IE Volvach I.V., Poltava, Ukraine*

Background: In children with hearing impairments (HI), there is a high correlation between musculoskeletal disorders and dentofacial anomalies (DFA), requiring a multidisciplinary approach to rehabilitation.

Aim: To investigate the condition of the spine, feet, and overall body symmetry in children with HI across different age groups (8–19 years) to identify patterns in the formation of combined pathologies.

Materials and Methods: A total of 56 children were examined and divided into two groups: Group 1 (8–13 years, mixed dentition period) and Group 2 (14–19 years, permanent dentition period). Diagnostic methods included clinical examination, anthropometry, comparative assessment of symmetrical anatomical landmarks, and functional measurements using specialized leveling platforms (0.5 cm increments).

Results: Only 5.36% of the examined children were found to be orthopedically healthy. The overall prevalence of musculoskeletal disorders reached 94.64%.

- In the mixed dentition period (Group 1), isolated foot pathologies (44.64%) and combined "foot-spine" disorders (28.57%) predominated.
- In the permanent dentition period (Group 2), the incidence of body asymmetry (limb shortening) increased sevenfold compared to the younger group, reaching 12.5%, indicating the progression of untreated postural defects.
- A direct correlation was established between the state of the skeletal system and the 100% prevalence of dentofacial anomalies in this patient category.

Conclusion: The findings indicate a nearly total prevalence of musculoskeletal disorders among children with hearing impairments. The progression of postural defects alongside the transition to permanent dentition emphasizes the necessity of including orthopedic screening and management in the standard orthodontic treatment protocol for this population to ensure long-term stability and prevent relapses.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПАРАМЕТРІВ ОКЛЮЗІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НЕЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ, ВИГОТОВЛЕНИХ ЗА АНАЛОГОВИМИ ТА ЦИФРОВИМИ ТЕХНОЛОГІЯМИ

Біда О.В.

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

Актуальність. Розвиток сучасної стоматології спрямований на пріоритетність застосування цифрових технологій як в діагностиці, плануванні протезування, так і на клініко-лабораторних етапах виготовлення ортопедичних конструкцій. Застосування цифрових технологій дає можливість оптимізувати прецизійність зубних протезів у відповідності до тканин протезного ложа. Серед методів порівняльної оцінки якості конструкцій, виготовлених за різними технологіями, є оцінка ступеня відновлення оптимальних оклюзійних співвідношень.

Мета дослідження. Аналіз параметрів оклюзії при заміщенні дефектів зубних рядів незнімними зубними протезами, виготовленими за аналоговими та цифровими технологіями із застосуванням комп'ютеризованої системи T-Scan III.

Матеріали і методи. Обстежено 39 осіб, віком від 25 до 60 років з частковою втратою зубів, для протезування яких було застосовано безметалові конструкції зубних протезів. Першу групу склали 21 особа, протезування яких проведено безметаловими конструкціями зубних протезів, де клінічна частина передбачала отримання аналогових робочих відбитків силіконовими відбитковими матеріалами. До другої групи ввійшли 18 осіб, протезування яким було проведено із застосуванням безметалових зубних протезів з отриманням цифрових відбитків із застосуванням інтраорального сканера SHINING 3D Aoralscan 3. Контрольну групу такого ж віку склали 10 пацієнтів з інтактними зубними рядами та фізіологічними формами прикусу. Комп'ютеризований аналіз оклюзії проводили за допомогою системи T-Scan III. Дослідження оклюзії проводили до протезування, на етапі припасування ортопедичної конструкції в порожнині рота та після оклюзійної корекції і фіксації в порожнині рота.

Результати. Вивчення показників оклюзії за допомогою системи T-Scan III до протезування засвідчили, що індекс асиметрії відносної сили між сторонами зубних рядів у пацієнтів першої і другої груп дослідження значно зростає та призводить до суттєвого нефізіологічного перерозподілу навантажень, через невідповідність оклюзійних контактів і становив $17,7 \pm 3,8\%$ та $18,9 \pm 4,5\%$ відповідно, проти аналогічних показників контролю – $4,7 \pm 1,01\%$ ($p < 0,01$). Отримані показники відрізнялися не тільки із показниками контрольної групи, а також і відповідно до кількості і ступеня руйнування коронок зубів, величини і топографії дефектів зубних рядів. Результати протезування із застосуванням безметалевих конструкцій зубних протезів вказують на залежність показників оклюзії від технології протезування. Зокрема, зуботехнічні роботи, виготовлені у пацієнтів першої групи дослідження, як правило, потребували додаткового припасування з оклюзійною корекцією. Клінічний аналіз зуботехнічних робіт, виготовлених за цифровими технологіями, засвідчив гарне крайове прилягання конструкцій та оптимальні оклюзійні співвідношення, які не потребували корекції.

Висновки. Оклюзіографічні дослідження, проведені у хворих з руйнуванням коронок зубів різного ступеня та частковою втратою зубів засвідчили залежність оклюзійних порушень від кількості і ступеня руйнування коронок зубів, величини і топографії дефектів зубних рядів. Застосування цифрових технологій виготовлення незнімних зубних протезів дозволяє оптимізувати прецизійність, оклюзійні співвідношення, функціональну

адаптацію до виготовлених ортопедичних конструкцій та підвищити рівень ортопедичної стоматологічної реабілітації пацієнтів в цілому.

ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНА МОДЕЛЬ ЯК КРИТЕРІЙ УСПІХУ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Виженко Є.Є., Куроєдова В.Д., Галич Л.Б.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність. Сучасна ортодонція переживає зміну парадигми: від суто морфологічного підходу, що базується на цефалометричних нормах та оклюзійних індексах, до пацієнт-орієнтованої моделі. Ключовим критерієм успіху стає суб'єктивне сприйняття якості життя, пов'язаної зі здоров'ям ротової порожнини.

Клінічна практика стикається з парадоксом: досягнення ідеальної оклюзії не гарантує задоволеності пацієнта, якщо його психосоціальні очікування не справдилися. Водночас від 2,0 % до 4,5 % пацієнтів мають нереалістично завищені очікування, сподіваючись на вирішення кар'єрних чи особистих проблем через вирівнювання зубів. Ігнорування цих психологічних аспектів на етапі планування призводить до конфліктів та зниження довіри до лікаря, що зумовлює необхідність впровадження інструментів оцінки результатів ортодонтичного лікування з точки зору пацієнта.

Мета дослідження. Розробити та валідувати систему з двох психометричних інструментів: опитувальника пре-ортодонтичних очікувань «Рівень очікувань» та шкали пост-ортодонтичної задоволеності «Рівень задоволеності». Головним завданням є мінімізація розриву між очікуваннями пацієнта та реальністю лікування шляхом об'єктивізації суб'єктивних відчуттів.

Матеріали та методи. За даними визнаних у світі наукових джерел нами розроблено два опитувальники на основі валідованих міжнародних шкал (PIDAQ, OHIP-14, OIDP). Використовується 5-бальна шкала Likert для оцінки інтенсивності ставлення. Опитувальники охоплюють 6 доменів: естетичний, медичний (функціональний), загальне здоров'я, якість життя, соціальний та психологічний. Клінічні результати оцінюються за індексом ICON.

Для перевірки внутрішньої узгодженості та валідності питань в опитувальниках проведено пілотне дослідження. У тестуванні взяв участь 21 пацієнт (18 жінок та 3 чоловіки) віком від 12 до 23 років (середній вік – $15,7 \pm 3,15$ роки), які на момент опитування проходили ортодонтичне лікування незнімною брекет-технікою.

Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою коефіцієнта надійності McDonald's omega (ω). Поріг прийнятності показника було

встановлено на рівні $\geq 0,7$, що свідчить про високу надійність розробленої шкали.

Результати дослідження. Для ОРО коефіцієнт надійності McDonald's ω склав 0,743, для ОРЗ – 0,873, що свідчить про високий рівень узгодженості.

Опитувальник «Рівень очікувань» призначений для виявлення «червоних прапорців» на етапі діагностики та плануванні ортодонтичного лікування. Високі бали в певних питаннях, наприклад, очікування кардинальних змін у кар'єрі або лікування дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) брекетами сигналізують про ризик конфлікту. Впроваджено алгоритм реверсивного підрахунку для питань про біль та страх.

На основі Глобального Індексу Очікувань виділено три групи пацієнтів: реалістичні очікування (3.0–3.9 балів) – оптимальна група для лікування; високі очікування (4.0–4.5 балів) – потребують додаткової комунікації; нереалістичні (завищені) очікування (4.6–5.0 балів) – критична група, де необхідна процедура «деескалації очікувань» або відмова в лікуванні.

Також за даними опитувальників «Рівень очікувань» та «Рівень задоволеності». запропоновано визначення критерію ефективності ортодонтичного лікування – Gap Analysis (GAP), який розраховується за формулою:

$$GAP = \text{Індекс Задоволеності} - \text{Індекс Очікувань}.$$

Позитивне значення свідчить про успіх (позитивна дисконфірмація), нульове – про повну відповідність, від'ємне – про розчарування пацієнта, навіть за умови клінічно якісного результату.

Дані опитувальники дозволяють виявляти феномен «пастки перфекціонізму». Пацієнти з високим рівнем естетичного занепокоєння часто демонструють найбільший приріст задоволеності після виправлення вади, проте схильність до фокусування на мікро-деталях може знижувати загальну оцінку результату.

Критичним є управління очікуваннями щодо дисфункції СНЩС. Оскільки не завжди можливо усунути суглобові проблеми тільки ортодонтичними методами, виявлення таких пацієнтів є обов'язковим для уникнення претензій.

Завищені очікування щодо тимчасового зниження якості життя через біль, порушення сну, дискомфорт при жуванні та інші обмеження у перші місяці лікування потребують додаткової психологічної підготовки пацієнта.

Висновки. Запропонована методологія дозволяє трансформувати суб'єктивні відчуття пацієнта в об'єктивні клінічні дані, що є необхідною умовою сучасної доказової медицини.

Використання опитувальників дає змогу ідентифікувати пацієнтів групи ризику до початку втручання, скоригувати їхні очікування та значно знизити ймовірність конфліктних ситуацій.

Інтеграція психосоціальних аспектів у протокол лікування сприяє переходу від лікування «зубних рядів» до комплексного лікування пацієнта.

СПРИЙНЯТТЯ СТРЕСУ ТА СТАН ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Висоцький В.Я.

*Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль, Україна*

Актуальність. Одним із провідних факторів боєздатності армії є стан здоров'я особового складу, зокрема стоматологічного. Психоемоційні розлади та хронічний стрес призводять до психосоматичних змін та поведінкових порушень, включаючи недотримання гігієни ротової порожнини, шкідливі звички та зміну режиму харчування.

Мета дослідження – проведення аналізу рівня сприйняття стресу та оцінювання стану гігієни ротової порожнини у військовослужбовців Збройних Сил України.

Матеріали та методи. У дослідження було залучено 235 військовослужбовців – учасників бойових дій. Для оцінки психоемоційного стану використовувалися: шкала оцінки реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера-Ю.Л. Ханіна (1970), коротка шкала тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (В.В. Hart, 1996), а також первинний скринінг ПТСР. Згідно результатів оцінювання психоемоційного стану для проведення наступних етапів дослідження було відібрано 122 особи. Гігієнічний стан ротової порожнини оцінювали за індексами ОНІ-S (Green & Vermillion, 1964) та Федорова-Володкіної (1971). Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили за допомогою програми «Microsoft Excel – 2013».

Результати. Серед опитаних військовослужбовців переважає середній (43,40 %) та відзначається високий (33,62%) рівень ситуативної тривожності, що вказує на високу інтенсивність емоційних переживань. Високий рівень особистісної тривожності виявлено у 21,70 % осіб. Аналіз скринінгових шкал показав, що 51,91 % військовослужбовців мали виражені психічні прояви тривожності та депресії, а у 52,76 % (124 особи) виявлено ознаки, пов'язані із психологічною травмою (ПТСР). Клінічний огляд гігієнічного стану встановив, що у 82,79 % військовослужбовців рівень гігієни потребував корекції, розподіляючись наступним чином згідно з ОНІ-S індексом: «задовільний» –

28,69 % (35 осіб), «незадовільний» – 31,15 % (38 осіб) та «поганий» – 22,95 % (28 осіб).

Висновки. Встановлено, що на фоні підвищених показників рівнів тривожності та депресії спостерігається значне зниження рівня гігієни ротової порожнини у військовослужбовців ЗСУ. Системний вплив хронічного стресу, ймовірно, призводить до поведінкових змін та імуносупресії, що негативно відображається на стані стоматологічного здоров'я.

ГЕНЕТИЧНА ДЕТЕРМІНОВАНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ: КЛІНІКО-МОРФОМЕТРИЧНІ ПАРАЛЕЛІ

Галич Л.В.,¹ Галич Л.Б.²

¹Сумський державний університет, Суми, Україна

²Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність. Зубощелепні аномалії займають значне місце у структурі стоматологічної патології та є важливою медико-соціальною проблемою сучасної ортодонції. За даними World Health Organization, поширеність аномалій прикусу серед дітей і підлітків коливається в межах 60–75%. Формування зубощелепних аномалій зумовлюється комплексною взаємодією генетичних і середовищних факторів. Спадковість відіграє важливу роль у формуванні морфологічних параметрів лицевого скелета, пропорцій щелеп та характеру оклюзійних взаємовідношень.

Сучасні дослідження свідчать про полігенну природу краніофациального розвитку. Генетичні фактори можуть визначати напрямок росту щелеп, їх розміри та просторове розташування, що створює передумови для формування різних форм аномалій оклюзії. У зв'язку з цим актуальним є дослідження клініко-морфометричних проявів зубощелепних аномалій у пацієнтів із спадковою схильністю.

Мета дослідження. Встановити взаємозв'язок між спадковою обтяженістю та клініко-морфометричними характеристиками лицевого скелета у пацієнтів із зубощелепними аномаліями.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 32 пацієнта зі змінним прикусом, які звернулися за ортодонтичною допомогою. У дослідження включали пацієнтів із різними формами зубощелепних аномалій, серед яких переважали аномалії зубних рядів та сагітальні аномалії прикусу.

Під час дослідження застосовували такі методи: аналіз сімейного анамнезу з урахуванням наявності зубощелепних аномалій у родичів I–II ступеня спорідненості; клінічне ортодонтичне обстеження; фотометричний аналіз обличчя в положенні анфас та профіль; біометричний аналіз

діагностичних моделей щелеп; визначення пропорційності лицевого скелета; статистичну обробку результатів із використанням кореляційного аналізу.

Результати дослідження. У результаті аналізу сімейного анамнезу встановлено, що у 68% обстежених пацієнтів виявлялася спадкова обтяженість щодо зубощелепних аномалій. Найчастіше патологія спостерігалася у батьків або близьких родичів.

Проведений морфометричний аналіз показав, що у пацієнтів зі спадковою схильністю частіше відзначалися дисгармонійні пропорції лицевого скелета, зокрема довжини нижньої щелепи та порушення співвідношення нижньої третини обличчя.

Встановлено, що скелетні форми сагітальних аномалій прикусу значно частіше виявлялися у пацієнтів із позитивним сімейним анамнезом. Отримані результати підтверджують вплив генетичних факторів на формування морфологічних особливостей щелепно-лицевої ділянки.

Висновки.

1. Формування зубощелепних аномалій значною мірою залежить від спадкових факторів.

2. У пацієнтів із сімейною схильністю частіше спостерігаються дисгармонійні морфометричні показники лицевого скелета.

3. Аналіз сімейного анамнезу є важливим елементом ранньої ортодонтичної діагностики та прогнозування розвитку зубощелепних аномалій.

НАКОПИЧУВАЛЬНА КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ КАРІЕСУ

Гриценко Ю.Ю., Зайцев А.В., Котелевська Н.В., Костиренко О.П.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Робота є фрагментом НДР кафедри терапевтичної стоматології Полтавського державного медичного університету (ПДМУ) «Підвищення ефективності профілактики та лікування уражень твердих тканин зубів з урахуванням механізмів розвитку патології» (державний реєстраційний № 0125U005249).

Актуальність. Карієс залишається найпоширенішим захворюванням у людства попри значний прогрес у його профілактиці та лікуванні. Уявлення щодо карієсу зосереджені на локальній взаємодії мікроорганізмів, легкоферментованих вуглеводів і твердих тканин зуба. Ці уявлення не повністю пояснюють індивідуальну варіабельність перебігу захворювання, його тривалі латентні періоди та раптову маніфестацію клінічних проявів. В роботі карієс розглядається як динамічний процес, що виникає внаслідок порушення рівноваги між де- та ремінералізацією в умовах зміни середовища в порожнині рота.

Метою даної роботи є спроба формування теоретичної концепції розвитку карієсу зубів, яка б пояснювала виникнення захворювання як результат накопичення певних змін в порожнині рота.

Матеріали та методи. Методом є концептуально-аналітичний підхід. Матеріалами слугують існуючі погляди на каріозну патологію і клінічні та епідеміологічні спостереження.

Результати. Порожнина рота є відкритою біологічною системою, яка включає структурні компоненти (тверді тканини зубів, біоплівка, ясна та ін.) і функціональні компоненти (ротова рідина, харчові ритми, зміни в раціоні). В нормальних умовах між процесами демінералізації та ремінералізації існує динамічна рівновага, яка забезпечує збереження інтактності твердих тканин зуба навіть за регулярних кислотних атак.

Але кожен прийом їжі, яка містить легкоферментовані вуглеводи, спричиняє короткочасне зниження рН як в порожнині рота і ротовій рідині, так і в зубній біоплівці. В стабільній системі кислотний імпульс, викликаний такими умовами, має обмежену тривалість. Тому рН відновлюється завдяки буферній дії слини, причому ремінералізація компенсує мінеральні втрати. Але при збільшенні частоти кислотних атак ці імпульси сумуються одне до одного, що призводить до тривалого перебування рН нижче критичного рівня. Такий стан негативно впливає на мінералізацію твердих тканин зуба.

Відомі клінічні ознаки карієсу у вигляді виникнення демінералізації відповідають стану переходу системи за межу стійкості, а не початку патологічного процесу. До початку виникнення клінічних ознак відбувається приховане накопичення мінеральних втрат, поступове зниження ефективності буферних механізмів та формування інерційного стану системи щодо відновлення, яке візуально не фіксується.

В зв'язку з викладеним нами пропонується концепція розподілу виникнення каріозної патології на п'ять рівнів: рівень стабільності, рівень напруженої рівноваги, передграничний стан, граничну нестійкість і патологічний стан (стан клінічних проявів).

Такий поділ відображає функціональний стан виникнення карієсу, а не лише морфологічні зміни, які виникають при цьому.

Висновки. Карієс є результатом порушення динамічної рівноваги в порожнині рота, яка виникає внаслідок накопичення кислоти в ротовій рідині. Чим більша кількість прийомів їжі із переважаючим вмістом легкоферментованих вуглеводів, тим вище ризик збільшення кислотної складової ротової рідини. Клінічні прояви відображають лише завершення цього довготривалого накопичувального процесу. Звідси для ефективної профілактики слід враховувати часові та ритмічні фактори споживання їжі.

КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ АДАПТАЦІЇ ДО ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ ЧЕРЕЗ АНАЛІЗ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Гуцьовський Я.Р., Гуцьовська Р.П.

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

Актуальність. Адаптація до часткових знімних протезів є багатоланковим процесом. Знімний протез на початку користування подразнює тканини протезного ложа і сприймається хворим, як сторонній предмет у порожнині рота. Одним з ускладнень користування частковими знімними протезами, незалежно від конструкційних матеріалів, є травматичне подразнення слизової оболонки, що особливо значимо як при використанні термопластичних протезів, так і акрилових, оскільки впливає на естетичність і функціональність використання даних конструкцій і відповідно сприяє подовженню термінів адаптації.

Мета. Визначити особливості клінічної і функціональної адаптації пацієнтів при ортопедичній реабілітації термопластичними і акриловими протезами.

Матеріали і методи. Для даного клінічного дослідження обстежено 60 пацієнтів з частковою відсутністю зубів, яким проведена ортопедична реабілітація частковими знімними протезами (1-а група – 30 хворих термопластичними знімними протезами; 2-а група – 30 хворих акриловими знімними протезами). Проаналізовано кількість відвідувань пацієнтів кожної з досліджуваних груп для корекції у період адаптації після фіксації часткових знімних протезів з базисами з термопластичних і акрилових матеріалів оброблених полірувальними пастами Blue Shine, ThermoGloss. Для оцінки ефективності протезування проведено порівняльне вивчення динаміки адаптації до знімних протезів з термопластичних і акрилових полімерів оброблених різними полірувальними пастами.

Результати. Проаналізовано кількість відвідувань пацієнтів кожної з досліджуваних груп для корекції у період адаптації для фіксації часткових знімних протезів з базисами з термопластичних і акрилових матеріалів оброблених полірувальними пастами Blue Shine, ThermoGloss. Після протезування визначали характер патологічних проявів слизової оболонки протезного ложа, час їх появи, тривалість існування, терміни їх зникнення

Проведені клінічні дослідження засвідчили явні переваги термопластичних протезів. Отримані дані свідчать про значно менший негативний вплив базису знімного протезу з термопластичного полімеру, ніж базис з акрилового полімеру, та кращих результатів адаптації пацієнтів.

Пацієнти із знімними протезами з термопластичних і акрилових полімерів продемонстрували кращі клінічні дані, якщо поверхня протеза була оброблена полірувальною пастою ThermoGloss.

Висновки. Використання полірувальної пасти ThermoGloss для кінцевого полірування полімерів дозволило знизити запальну реакцію слизової оболонки протезного ложа та підвищити її резистентність до негативної дії часткового знімного протезу в період адаптації. У свою чергу це сприяло зменшенню кількості відвідувань з метою корекції протеза, а також скорочення термінів адаптації, що дозволило покращити якість життя пацієнтів з частковою відсутністю зубів не тільки на початковому етапі адаптації, а також протягом всього часу користування частковим знімним протезом.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

Дрок В.О.

Дніпровський державний медичний університет

Актуальність. Лікування та профілактика рецидивів захворювань пародонту на тлі зубоцелепних аномалій залишається актуальною темою. Особливо це актуально у пацієнтів, які мають загальносоматичну патологію. Відомо, що порушення, які розвиваються при дисплазіях сполучної тканини, патологія прикусу, гемодинамічні зсуви в системі мікроциркуляції, порушення тканинного імунітету сприяють розвитку запальних захворювань пародонту. Тому вірогідність виникнення рецидивів захворювань пародонту після лікування досить висока.

Мета дослідження: розробити методику лікування захворювань пародонту, спрямовану на скорочення кількості рецидивів, залежно від стану кісткової тканини у хворих на сколіоз.

Матеріали та методи. Проведено лікування зубоцелепних аномалій та захворювань пародонту у пацієнтів, які страждають на сколіоз з ознаками остеопенічного синдрому. Пацієнти розділені на чотири групи по 24 особи – три основні та групу порівняння. Розроблено та застосовано метод медикаментозної корекції остеопнічних станів альвеолярного відростка. У пацієнтів другої, третьої та четвертої груп спостерігався хронічний катаральний гінгівіт переважно в генералізованій формі. Проводилось ортодонтичне лікування скупченості зубів у всіх пацієнтів за допомогою незнімної апаратури.

Результати. Встановлено, що гігієнічний індекс до ортодонтичного лікування був достовірно вище в пацієнтів зі сколіозом. Пацієнти першої групи до початку ортодонтичного лікування мали інтактний пародонт. Індекс РМА на початку ретенційного періоду в пацієнтів цієї групи зріс до $1,98 \pm 0,70$ %

($p < 0,05$), що свідчить про запалення тканин пародонту в зоні окремих зубів, і це може бути пов'язано з дією місцевих факторів. Після зняття ортодонтичної апаратури запальні явища у тканинах пародонту були ліквідовані. У пацієнтів другої, третьої та четвертої груп до початку ортодонтичного лікування спостерігався хронічний катаральний гінгівіт практично однакового ступеня (при всіх порівняннях індексу РМА між групами $p > 0,90$ за критерієм Дункана). На підставі клініко-рентгенологічного дослідження пародонту в усіх 72-х хворих на сколіоз діагностували хронічний катаральний гінгівіт. Показник РМА в середньому склав $24,54 \pm 1,7$ %, що свідчить про легкий ступінь хронічного катарального гінгівіту. У хворих на сколіоз частіше мала місце генералізована форма захворювання. Вони частіше скаржились на кровоточивість ясен при чищенні зубів, прийомі твердої їжі. На відміну від соматично здорових дітей, практично в усіх хворих із зубоцелепними аномаліями на тлі сколіозу виявлялись явища остеопорозу в міжальвеолярних перетинках при збереженні їх висоти та кортикальної пластинки. Пацієнти групи порівняння захворювань пародонту не мали. Індекс гігієни в обстежених хворих без загальносоматичної патології в середньому склав $1,46 \pm 0,06$, що оцінюється як «задовільний», а в пацієнтів, хворих на сколіоз, індекс гігієни в середньому склав $2,19 \pm 0,08$, що оцінюється як «незадовільний стан». Перед фіксацією ортодонтичної апаратури було проведено лікування захворювань пародонту. У пацієнтів другої групи спостерігався рецидив гінгівіту, індекс РМА зріс на 19,7 % ($p < 0,001$), після закінчення ортодонтичного лікування запальні явища у тканинах пародонту залишались, але індекс РМА знизився на 48,3 % у порівнянні з вихідним рівнем ($p < 0,001$) і склав $12,69 \pm 1,17$ %. У пацієнтів третьої та четвертої груп уже на початку ретенційного періоду відзначалося зниження індексу РМА – на 31,7 і 91,4 % відповідно по групах ($p < 0,001$). Подальша динаміка показника в цих групах також була суттєвою (зниження на 85,8 і 98,4 % у порівнянні з вихідним рівнем) і більш вираженою в пацієнтів четвертої групи, де був досягнутий рівень як у здорових підлітків ($p > 0,90$). Віддалені результати лікування оцінювалися через 12 місяців після закінчення ретенційного періоду ортодонтичного лікування.

Висновки. Оцінка стану тканин пародонту на тлі розробленого лікувального комплексу показала його високу ефективність, що проявлялося зменшенням індексу РМА на 98,4 % у порівнянні з вихідним рівнем і низьким рівнем рецидивів захворювань пародонту.

ХІМІЧНИЙ СКЛАД ЕМАЛІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ПРИШИЙКОВОЇ ДІЛЯНКИ ЗУБІВ

Заболотна І.І.

Донецький національний медичний університет, Кропивницький, Україна

Пришийкові ураження зубів є частою причиною звернення за стоматологічною допомогою. Спостерігається подальше збільшення показників їх поширеності та інтенсивності за відсутності своєчасних лікувально-профілактичних заходів. Щоб змінити ситуацію, що склалася, необхідним є всебічне дослідження етіопатогенетичних чинників. В якості одного з них розглядаються особливості хімічного складу твердих тканин зубів. Але необхідно звернути увагу не тільки на кількісні показники, а й на їх співвідношення. Було припущено, що хімічний склад поверхневої емалі та молярні коефіцієнти можуть мати відмінності залежно від стану пришийкової ділянки (ПД) зубів.

Мета дослідження - визначення вмісту хімічних елементів та їх молярних коефіцієнтів в емалі інтактних зубів, з клиновидним дефектом (КД) і пришийковим карієсом (ПК) з проведенням порівняльного аналізу.

Для цього був вивчений хімічний склад поверхневої емалі 29 зубів (12 – клінічно інтактних, 10 – з КД, 7 – з ПК), видалених за клінічними показами, у трьох топографічних ділянках: на ріжучому краї (РК)/горбку, екваторі, у ПД. З цією метою був використаний скануючий електронний мікроскоп JSM-6490 LV з системою енергодисперсійного рентгенівського мікроаналізу INCA Penta FETx3. Був визначений хімічний склад 290 ділянок поверхневої емалі у вигляді відсоткового співвідношення масових кількостей кисню, вуглецю, кальцію, фосфору, натрію, магнію, сірки, хлору, цинку, калію, алюмінію. Статистичний аналіз проводили за допомогою комп'ютерної програми Statistica 12.0. Відмінності між групами оцінювали на підставі дисперсійного аналізу за t-критерієм Стьюдента. Статистично значимими вважали відмінності при $p \leq 0,05$.

Були виявлені достовірні відмінності у вмісті вуглецю, кисню та кальцію в досліджених областях зубів в залежності від стану ПД ($p \leq 0,05$). Вуглецю було більше в емалі зразків з ПК: у ділянці РК/горбка – на 67 % і 15 %, екватора – на 67 % і 40 %, ПД – на 33 % і 60 % порівняно зі зразками з КД та інтактними, відповідно ($p \leq 0,05$). Вміст кисню був більшим в зубах з КД у ділянках РК/горбка (на 25 % і 48 %) та екватора (на 13 % і 7 %), ніж в зубах з ПК та інтактних, відповідно. В емалі ПД інтактних зразків його було на 34 % і 13 % більше, ніж у зразках з ПК і КД, відповідно. У ділянці РК/горбка вміст кальцію був більшим на 25 % і 33 % в інтактних зубах у порівнянні з зубами з КД і ПК, відповідно. Кількість кальцію в області екватору була однаковою у зразках з КД та інтактних і на 14 % і 13 % більшою, ніж у зразках з ПК, відповідно. У ПД

його було на 16 % і 14 % більше у зубах з КД порівняно з зубами з ПК та інтактними, відповідно.

Досліджені ділянки зубів достовірно відрізнялися за показниками Mg/Ca – молярного коефіцієнта ($p \leq 0,05$). Його значення в області РК/горбка були на 56 % більшими у зразках з ПК, ніж в інтактних. В емалі екватора показники Mg/Ca зубів з ПК були у 3,7 і 1,5 рази більшими порівняно з інтактними зубами і з КД, відповідно. У ПД Mg/Ca – молярний коефіцієнт був у 4,7 і 5,5 рази більшим в емалі інтактних зразків, ніж з КД і ПК, відповідно.

Таким чином, було доведено існування достовірних відмінностей у хімічному складі емалі клінічно інтактних зубів і з пришийковою патологією. Отримані результати показали актуальність визначення як абсолютних кількостей хімічних елементів, так і їхніх співвідношень. Ймовірно, це пов'язано з особливостями патогенезу КД і ПК зубів і може буде використано для попередження їх виникнення і / або прогресування за рахунок обґрунтування вибору методів і засобів профілактики.

ПОКАЗНИКИ РІВНЯ ЛІЗОЦИМУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ З УРАХУВАННЯМ ПАТОЛОГІЇ ПАРОДОНТА

Курадовець А.В., Гасюк П.А., Курадовець Ю.В.

*Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль, Україна*

Актуальність. Структура лізоциму, крім ротової порожнини, зустрічається в різних відділах тонкого кишківника, що здійснює захист цієї ланки людського організму. Базуючись на специфічному механізмі дії досліджуваного ферменту до муреїнової оболонки бактерій, можна констатувати про його непряму участь у формуванні імунної відповіді.

Мета дослідження – визначення та аналіз можливих змін рівня лізоциму у ротовій рідині залежно від форми перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби з урахуванням стану слизової оболонки ротової порожнини та пародонтальних тканин.

Матеріали та методи. Для визначення активності лізоциму ротової рідини у пробірці поміщали 4,0 мл 0,5% розчину NaCl і 1мл досліджуваного матеріалу. До суміші додавали 1 млрд суспензії *M. lyzodecticus*, змішували і витримували в термостаті 3 год. при 37°C. Оптичну щільність проб вимірювали до і після інкубації на фотоелектроколориметрі (ФЕК-М) при довжині хвилі 540 нм. Активність ферменту у слині вираховували за формулою: $L = D^0 - D^1 / D^0 \times 100 \%$, де L – активність лізоциму (в %), D^0 – оптична щільність до інкубації, D^1 – оптична щільність після інкубації.

Результати. Порівнюючи концентрації муколітичного ферменту в ротовій рідині спостерігалось вірогідне зниження рівня лізоциму з наростанням змін в тканинах пародонта, а саме: в групі з гінгівітом на тлі ерозивного ураження гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби показник був суттєво нижчим за такий у групах з гінгівітом при неерозивній формі ($p < 0,05$) та інтактним пародонтом ($p < 0,05$). По мірі активізації деструктивно-запальних процесів в тканинах пародонта, числовий показник активності ферменту проявилось зростанням у порівнянні з аналогічним при гінгівіті ($p < 0,05$).

Висновки. Прогресування запального процесу в тканинах стравоходу зумовлює зниження напруженості неспецифічних чинників захисту, яке проявляється зниженням активності лізоциму ротової порожнини та у подальшому сприяє прогресуванню деструктивно-запальних процесів у пародонті. Свідченням даного твердження є компенсаторне зростання на 5,1 % активності ферменту у ротовій рідині ($p < 0,05$).

КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ

Лебідь О.І., Дуда К.М.

*Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.Горбачевського
МОЗ України, Тернопіль, Україна*

Актуальність. За даними ВООЗ, розповсюдження стоматологічних захворювань коливається у межах від 75 до 95% серед дитячого населення та сягає майже 100 % у дорослого. Тому цілком обґрунтованим є пошук нових методів лікування хронічного катарального гінгівіту, спрямованих на дану ланку патологічного процесу. Незважаючи на велику кількість робіт, присвячених лікуванню хронічної форми катарального гінгівіту, проблеми ефективного лікування даної патології на даний момент повністю не вирішені.

Мета дослідження. Вивчення ефективності первинної профілактики та лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей та підлітків на підставі урахування загальних чинників, які впливають на їх розвиток.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої цілі нами було проведено обстеження та лікування 68 дітей віком 12-13 років, хворих на хронічний катаральний гінгівіт (42 хлопці та 26 дівчат) на базі кафедри стоматології факультету післядипломної освіти Тернопільського медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України. Пацієнтів було розділено на 2 групи. В першу групу увійшло 30 дітей (17 хлопців та 13 дівчат), яким проводили традиційне лікування хронічного катарального гінгівіту, що включало професійну гігієну ротової порожнини, полоскання ротової порожнини розчином хлоргексидину біглюканату 0,05 % та навчання гігієни

порожнини рота. До другої групи увійшло 38 дітей, серед яких 18 хлопчиків та 20 дівчат, яким було проведено професійну гігієну ротової порожнини, полоскання розчином хлоргексидину біглюканату 0,05 %, навчання гігієни порожнини рота та призначено пробіотики. Ефективність даного лікування визначали на підставі динаміки клінічних показників до та після завершення курсу лікування.

Результати. При огляді дітей першої групи на 14-й день після проведеного лікування після проведеного лікування позитивний результат був у 22 дітей (73 %), тоді як у 8-ми учнів (27 %) були наявні незначні запальні явища в тканинах пародонта. У другій групі в 33 дітей (87 %) була повна ліквідація запального процесу та в 7 (13 %) спостерігали поліпшення стану тканин пародонта.

У динаміці проведеного лікування ХКГ середні показники пародонтальних індексів у дітей першої та другої груп суттєво відрізнялися, що представлено у таблиці 1.

Таблиця 1. Пародонтальні індекси до та після лікування

Група хворих	ОHI-S Green-Vermillion, бали	PMA, %	проба Шиллера-Писарева	SBI
Перша до лікування n=30	2,61±0,52	41,75±2,21	Різко позитивна	2,48±0,52
Друга до лікування n=38	2,64±0,68	40,03±2,01	Різко позитивна	2,51±0,71
Перша після лікування n=30	0,74±0,06	15,27±1,09	негативна	0,74±0,1
Друга після лікування n=38	0,42±0,04	8,23±0,63	негативна	0,42±0,4

Висновки. Проаналізувавши динаміку отриманих клінічних показників, можна дійти висновку, що стан тканин пародонту значно покращився в пацієнтів, яким у комплексній терапії хронічного катарального гінгівіту додатково було призначено пробіотик.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ, ЩО ПАЛЯТЬ У ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ

Лісецька І.С.

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

Актуальність. Відомо, що захворювання тканин пародонту виникають під дією багатьох причин, як місцевого, так і загального характеру. Шкідлива звичка паління – це керований фактор ризику що викликає специфічні для курців захворювання, а також сприяє виникненню, поглибленню та прогресуванню стоматологічних захворювань, наприклад тканин пародонту. Нині провідною стратегією лікування захворювань тканин пародонту залишається поєднання етіологічного, патогенетичного та симптоматичних напрямків. Отже, питання розробки і удосконалення ефективних схем лікування із врахуванням наявності вагомого фактору виникнення та збільшення пародонтологічної патології – паління, а також основних ланок патогенезу в осіб підліткового та юнацького віку залишається актуальним (Назаренко З.Ю. та ін., 2017; Попович І.Ю. та ін., 2020).

Метою дослідження було вивчити результати клінічної ефективності застосування запропонованого комплексного лікування катарального гінгівіту в осіб підліткового та юнацького віку, що палять у віддалені терміни.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було вивчено зміни в тканинах пародонту відразу після лікування та у віддалені терміни в 114 осіб підліткового та юнацького віку від 15 до 24 років, яких було розділено на групи: у I групу включили 26 осіб, що палять традиційні сигарети; у II групу – 22 особи, що палять електронні сигарети (Вейпи); у III групу – 23 особи, що регулярно використовують пристрої для нагрівання тютюну (IQOSi); у IV групу – 43 особи, без шкідливої звички паління. В залежності від застосованої схеми лікування запальних захворювань тканин пародонту, учасники спостереження в кожній групі були розподілені на дві підгрупи – основну (підгрупа А) та порівняння (підгрупа Б). Пацієнти обох підгруп отримували однакову базову терапію. Пацієнти підгрупи А застосовували запропоноване комплексне лікування: загально – per os «Квертин», «Супервіт» та «БіоГая ПроДентіс»; місцево – «Стомолік» і «Холісал». Пацієнти підгрупи Б отримували терапію за загальноприйнятим протоколом лікування даного захворювання. Клінічне обстеження осіб підліткового та юнацького віку здійснювали за загальноприйнятою методикою за рекомендаціями ВООЗ.

Результати. Усі учасники спостереження відмічали добре самопочуття, ні в кого з них не виникало побічної дії та ускладнень від застосованих лікарських

середників. Ефективність лікування в осіб, що отримували запропоноване комплексне лікування в середньому становило 98,4 %, проти 90,2 % у пацієнтів, яким проводили лікування за загально прийнятим протоколом. У більшості хворих А підгруп в середньому вже після 3-4-го відвідування зникали ознаки гінгівіту. Хворі Б підгрупи, відмічали такі ж зміни, але вони наставали дещо пізніше, в середньому на 5-6-е відвідування. Термін лікування залежав від наявності, шкідливої звички та інтенсивності патологічного процесу в тканинах пародонту. Для вивчення клінічної ефективності запропонованого комплексного лікування захворювань тканин пародонту та порівняння результатів терапії із загально прийнятим протоколом у віддалені терміни було проведено повторне обстеження з аналогічним комплексом обстеження, як до та після лікування. Звертали увагу на розподіл пацієнтів за критеріями, такими як «нормалізація», «покращення», «прогресування». Через 6 місяців у пацієнтів А підгруп переважає стан «нормалізації» тканин пародонту, а саме відсутні скарги, клінічні ознаки запалення в тканинах пародонту, ніж стан «покращення», що характеризується відсутністю запального процесу в яснах, наближення до норми показників додаткових досліджень. У пацієнтів Б підгруп також більше зареєстрували «нормалізацію» стану тканин пародонту, ніж «покращення», однак кількість осіб із «покращенням» менше, ніж у пацієнтів А підгруп. Крім того, серед учасників дослідження, що отримували терапію за загально прийнятим протоколом зареєстровано «прогресування» запального процесу в тканинах пародонта, відсутність терапевтичного ефекту.

Висновки. Застосування розробленого комплексного лікування спрямованого на різні ланки патогенезу захворювань тканин пародонту та включав місцеві заходи і загальну терапію катарального гінгівіту, дозволило значно покращити стан тканин пародонту. Він сприяє настанню позитивної динаміки та стабільних змін у тканинах пародонту в більш ранні терміни, що підтверджується позитивною динамікою змін показників індексів, кращі результати у віддалені терміни лікування, що підтверджено результатами клінічного спостереження та індексної оцінки.

ГВИНТОВА ФІКСАЦІЯ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НА ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТАХ З РІВНЯ МУЛЬТИЮНІТ-АБАТМЕНТІВ. ВИБІР ПРОТЕЗНОЇ КОНСТРУКЦІЇ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Лугіна С.К.

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

Актуальність. Високий рівень потреби у зубному протезуванні на дентальних імплантатах у пацієнтів з частковою і повною адентією [1, 2], відсутність обґрунтованого алгоритму застосування CAD/CAM технологій виготовлення зубних протезів з гвинтовою фіксацією на дентальних імплантатах з рівня мультиюніт-абатментів [3, 4], суперечливі дані щодо вибору сучасних конструкційних складових та матеріалів, відсутність клінічного алгоритму застосування персоніфікованих заходів їх застосування [5, 6] створюють передумови для пошуку нових підходів до стоматологічної реабілітації пацієнтів з дефектами зубних рядів.

Мета. Метою є підвищення якості ортопедичного лікування пацієнтів з частковою та повною адентією шляхом мостоподібного протезування на дентальних імплантатах з гвинтовою фіксацією протезів на рівні мультиюніт-абатментів з об'єктивним персоніфікованим призначенням конструкційних складових і матеріалів.

Матеріали та методи. Клінічний випадок пацієнтки з повною адентією верхньої щелепи зі встановленими 9-тьма імплантатами. Фотопротокол клініко-лабораторних етапів виготовлення акрилово-композитної на титановому каркасі протезної конструкції з гвинтовою фіксацією на 9-ти дентальних імплантатах з рівня мультиюніт-абатментів.

Результати. Всі імплантати успішно остеоінтегрувались. Клінічне спостереження становило 12 місяців. Пацієнтка не мала серйозних ускладнень. Відмічено високий рівень задоволеності пацієнтки естетичними, функціональними та гігієнічними параметрами протезної конструкції. Візуально-клінічне та рентгенологічне обстеження (КТ) не виявило змін у навколишніх тканинах через 12 місяців.

Висновки. Протезування з гвинтовою фіксацією на дентальних імплантатах з рівня мультиюніт-абатментів є надійним, передбачуваним та клінічно ефективним методом відновлення зубного ряду у пацієнтів з частковою або повною адентією щелеп [7]. Цей підхід забезпечує високу точність і пасивність посадки протезної конструкції, що в свою чергу зменшує ризик біологічних і технічних ускладнень та покращує довгострокові результати лікування [8]. Подальші дослідження необхідні для оптимізації

клініко-лабораторних етапів та вивчення довгострокової ефективності цього методу.

Список використаних джерел

1. Voronenko YuV, Pavlenko OV, Mazur IP. Stomatolohichna dopomoha v Ukraini: osnovni pokaznyky diialnosti za 2008–2018 roky. Kropyvnytskyi: Polium; 2018. 250 p. Ukrainian.
2. Voronenko YuV, Pavlenko OV, Mazur IP. Pro stan ta perspektyvy stomatolohichnoi dopomohy v Ukraini. Suchasna stomatolohiia. 2017;(2):69-71. Ukrainian.
3. Leonenko PV, Kokoieva YuV. Eksperymentalne obhruntuvannia kombinatsii konstruktsiinykh materialiv ta personalizovanykh protetychnykh elementiv dlia protezuvannia na dentalnykh implantatakh. Suchasna stomatolohiia. 2020;101(2):76-83. doi: 10.33295/1992-576X-2020-2-76
4. Revilla-León M, Ntovas P, Barmak AB, Rutkunas V, Kois JC. Implant scanning workflows: Accuracy of registration methods for integrating intraoral scans containing soft tissue and tooth position information. J Prosthet Dent. 2025. doi: 10.1016/j.prosdent.2025.01.017
5. Leonenko PV, Kokoieva YuV, Leonenko HP. Rezultaty zastosuvannia udoskonalenoho alhorytmu bezposerednoho protezuvannia z opoiu na dentalnykh implantatakh iz personalizovanyim pidkodom. Suchasna stomatolohiia. 2021;106(2):56-62. doi: 10.33295/1992-576X-2021-2-56
6. Di Fiore A, Meneghello R, Graiff L, Savio G, Vigolo P, Monaco C, Stellini E. Full arch digital scanning systems performances for implant-supported fixed dental prostheses: a comparative study of 8 intraoral scanners. J Prosthodont Res. 2019;63(4):396-403. doi: 10.1016/j.jpor.2019.04.002
7. Vitai V, Németh A, Sólyom E, et al. Evaluation of the accuracy of intraoral scanners for complete-arch scanning: a systematic review and network meta-analysis. J Dent. 2023;137:104636. doi: 10.1016/j.jdent.2023.104636
8. Rutkūnas V, Kuleš D, Revilla-León M, Akulauskas M, Auškalnis L, Gendvilienė I. Full-Arch Digital Implant Impression Trueness: An in Vivo Study. Clin Oral Implants Res. 2025. doi: 10.1111/clr.14411

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НИРОК

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

¹Полтавський державний медичний університет

²Комунальне підприємство «Дитяча міська клінічна лікарня Полтавської міської ради»

Актуальність теми зумовлена тим, що всі системи людського організму тісно взаємодіють між собою: порушення функціонування однієї з них неминуче впливає на інші, прямо чи опосередковано. У стоматології особливу увагу фокусують на проявах захворювань внутрішніх органів у ротовій порожнині. Сьогодні серед найбільш поширених соматичних патологій у дітей значне місце займають хвороби нирок та сечовивідних шляхів, зокрема хронічний гломерулонефрит і пієлонефрит. Нирки відіграють ключову роль у підтриманні гомеостазу та стабільності внутрішнього середовища організму. Зростання інтересу до ниркової патології останніми роками пов'язане зі збільшенням кількості нефропатій у дітей, змінами клінічної картини, а також складністю їх діагностики та лікування. Доведено, що у більшості дітей із соматичними захворюваннями спостерігаються зміни в ротовій порожнині, які відображають перебіг основної хвороби, і патологія нирок у цьому випадку не є винятком.

Мета дослідження полягає у вивченні особливостей стоматологічної захворюваності у дітей, які мають хронічні захворювання нирок, а також у визначенні ключових підходів до їх лікування.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 60 школярів віком 12-15 років. Учасників розподілили на дві клінічні групи: до першої увійшли 30 дітей із хронічним пієлонефритом і гломерулонефритом, до другої – 30 соматично здорових дітей. У всіх обстежених визначали поширеність та інтенсивність карієсу (за індексом КПВз), а також оцінювали стан тканин пародонта, слизової оболонки порожнини рота та язика.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані результати свідчать про значно вищу частоту уражень тканин пародонта, слизової оболонки порожнини рота та язика у дітей із хронічними захворюваннями нирок порівняно з їх соматично здоровими однолітками. Зокрема, у 14 підлітків (46,6%) першої групи було виявлено хронічний генералізований катаральний гінгівіт середнього ступеня, тоді як у другій групі – лише у 2 дітей (6,6%).

У дітей із нирковою патологією також спостерігалися характерні зміни язика (у 9 осіб, 30%): у 5 випадках – сухість і порушення десквамації ниткоподібних сосочків, у 4 – вогнищева десквамація. Водночас, у соматично здорових дітей подібних змін не зафіксовано.

Крім того, у 17 пацієнтів (56%) першої групи відзначали набряклість, пастозність, анемічність слизової оболонки порожнини рота та відбитки зубів на бічній поверхні язика. Скарги на сухість, гіркий присмак і терпкість у ротовій порожнині висловлювали 7 дітей (23%) із хронічною нирковою патологією, тоді як серед практично здорових дітей такі симптоми були відсутні.

У групі дітей із супутньою нефропатією встановлено високий рівень поширеності карієсу, який становив 90%. Водночас у дітей без супутніх захворювань цей показник відповідав середньому рівню і складав 70%. Отримані результати свідчать про те, що інтенсивність карієсу у дітей із хронічною патологією нирок була значно вищою ($4,2 \pm 0,2$) порівняно із соматично здоровими дітьми ($2,1 \pm 0,4$).

Для лікування основних стоматологічних захворювань у дітей та підлітків із хронічними захворюваннями нирок автори рекомендують: проведення професійної гігієни порожнини рота, навчання дітей основам індивідуальної гігієни ротової порожнини, санацію порожнини рота за потреби, полоскання порожнини рота Ротокан (екстракт рідкий), розводити згідно інструкції, полоскати порожнину рота вранці та ввечері. Пастилки розсмоктуючі «БіоГая Продентіс», по 1 пастильці в день (бажано після прийому їжі та чищення зубів), після розсмоктування якої рекомендується 2 години утриматися від прийому їжі та напоїв. Для індивідуальної гігієни ротової порожнини рекомендовано використання зубної пасти Віогераіг «Абсолютний захист та відновлення» 2 рази в день, вранці та ввечері. Курс лікування складає 1 місяць.

Особливістю обраних лікарських засобів є те, що вони впливають на різні ланки патогенезу стоматологічних захворювань.

Висновок. У дітей із хронічною патологією нирок у порівнянні з дітьми без такої патології визначені зміни в порожнині рота, які полягають у високій поширеності та інтенсивності каріозного процесу, запаленні тканин пародонту, специфічних змінах СОПР та язика. Лікування основних стоматологічних захворювань у дітей з патологією нирок повинно включати препарати, які впливають на різні ланки захворювань.

ЧАСТОТА ТА СТРУКТУРА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТНМУ

Мартиць О.Ю., Сівак Н.О., Мартиць Ю.М.

ДВНЗ «Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» МОЗ України

Актуальність. Ортодонтична патологія є однією з найпоширеніших стоматологічних проблем серед населення, зокрема молоді. При цьому у

студентів, які перебувають у періоді постійного прикусу, такі порушення часто залишаються не діагностованими або нелікованими.

Вивчення поширеності ортодонтичної патології у дітей в періоді постійного прикусу є важливим для оцінки їх стоматологічного статусу, своєчасного виявлення порушень та планування профілактичних і лікувальних заходів.

Мета. Метою нашого дослідження було дослідити поширеність ортодонтичної патології серед студентів ТНМУ.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано результати профілактичних оглядів 1107 студентів ТНМУ, що проводились на базі клінічних кафедр стоматологічного факультету. З них – 646 дівчат та 461 хлопець у віці від 18 до 25 років (середній вік - 20,2 р.).

Обстеження щелепно-лицевої ділянки та внутрішньоротовий огляд проводили згідно із загальноприйнятим алгоритмом. При цьому визначали наявність зубощелепних аномалій, зокрема, аномалії положення окремих зубів, наявність скупченості, порушення оклюзії (дистальний, мезіальний, відкритий, глибокий, перехресний прикус).

Результати оглядів заносили в «Медичну карту стоматологічного хворого» (ф. №043/0). Обробку результатів проводили із застосуванням методів описової статистики з визначенням відносних показників (%).

Результати. Нами встановлено, що поширеність ортодонтичної патології серед студентів ТНМУ є високою та становить 72,4 % (801 із 1107 обстежених). Нормальний ортогнатичний прикус виявлено лише у 27,6 % (306 осіб), що свідчить про значну поширеність зубощелепних аномалій у даній популяції.

У структурі ортодонтичної патології найчастіше діагностувалося скупченість зубів - 34,7 % (384 особи), дистальний прикус - 21,5 % (238 осіб), глибокий прикус - 18,2 % (201 особа), відкритий прикус - 6,8 % (75 осіб), перехресний прикус - 4,9 % (54 особи). Частина студентів мала поєднані форми аномалій.

Встановлено, що лише 19,3 % (155 із 801) студентів із виявленою патологією раніше проходили ортодонтичне лікування, тоді як 80,7 % (646 осіб) не отримували своєчасної корекції. Це свідчить про недостатній рівень ранньої діагностики та профілактики. Крім того, лише 14,8 % (164 особи) усіх опитаних висловили готовність звернутися за ортодонтичною допомогою найближчим часом.

Висновки: Результати дослідження показали, що ортодонтична патологія є поширеною серед студентів ТНМУ. Серед такої патології переважають аномалії положення окремих зубів та порушення оклюзії. При цьому значна частина випадків залишається без лікування, що вказує на необхідність своєчасної діагностики та профілактики ортодонтичних порушень.

Результати дослідження підтверджують високу актуальність проблеми ортодонтичної патології серед студентської молоді та необхідність комплексного підходу до її вирішення, який включає ранню діагностику, профілактику та доступне лікування.

ДІАГНОСТИКА М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА У ПАЦІЄНТА З ОСТЕОПОРОЗОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

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

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

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 невирішених 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, остеомаліції 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.

Клінічний випадок. 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: в травматолога з приводу поліартрозу колінних суглобів; алерголог – медикаментозна гіперчутливість до лікарських засобів; кардіолог – гіпертонічна хвороба II ст.; стоматолог-пародонтолог – 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 (КПКТ) та оцінювали за шкалою Hounsfield (UH).

Отримані результати: щільність альвеолярного паростка в ділянках кутів нижньої щелепи - правого 800-1000 UH, лівого - 700-1000 UH. Суглобові голівки: права - IV тип кістки, що характерно для проявів остеомалачії та остеопорозу, ліва III тип кістки. Фронтальна ділянка альвеолярного паростка нижньої щелепи справа біля зубів 4.1, 4.2, 4.3 - III тип кістки.

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

ОСОБЛИВОСТІ ПОДОВЖЕННЯ КЛІНІЧНОЇ КОРОНКИ ЗУБА ЗА ВДОСКОНАЛЕНИМ СПОСОБОМ

Остафійчук О.Р., Дмитришин Т.М.

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

Актуальність. Ортопедичне лікування пацієнтів із низькими клінічними коронками зубів часто становить значні труднощі для лікаря-стоматолога, оскільки для досягнення довготривалих і стабільних результатів необхідна їхня достатня висота. За таких клінічних умов основними ускладненнями є часті розцементування незнімних ортопедичних конструкцій чи випадання прямих реставрацій.

Мета дослідження. Підвищити ефективність хірургічного лікування пацієнтів із низькими клінічними коронками зубів шляхом вибору оптимального методу втручання та застосування розроблених індивідуальних шаблонів для забезпечення точності хірургічного етапу.

Матеріали та методи. За даними клінічного стоматологічного обстеження та конусно-променевої комп'ютерної томографії у 21 пацієнта було визначено показання до проведення хірургічного подовження клінічної коронки 21 зуба та здійснено втручання за вдосконаленим нами способом із використанням шаблону-коронки для корекції в межах м'яких тканин та шаблону і коронки з опорою на два сусідні зуби для корекції в межах м'яких та твердих тканин навколо зуба. Головне завдання – подовжити клінічну коронку зуба до оптимальних розмірів – від 4 до 5 мм. На томограмі у прямій проекції визначали дві відстані: першу - від найнижчої точки коронкової частини зуба

до точки на рівні ясен, та другу - від цієї ж точки до рівня коміркової кістки. Якщо перша відстань була меншою за 4-5 мм, її умовно подовжували до значення 4-5 мм і позначали відповідною міткою. Якщо ця мітка розташовувалася в межах ясен і не досягала рівня коміркової кістки, моделювали шаблон-коронку для проведення втручання лише у межах м'яких тканин. Якщо ж продовження першої відстані до 4-5 мм досягало рівня коміркової кістки, застосовували конструкцію шаблону і коронки з опорою на два сусідні зуби для корекції як м'яких, так і твердих тканин (остеотомії). Моделювання конструкцій в обох випадках відбувалося за допомогою САД технологій. Шаблони виготовляли методом 3D-друку з біосумісного полімерного матеріалу відповідно до анатомії поверхонь зубів та принципів дизайну конструкцій штучних коронок.

Результати. Запропонований спосіб хірургічного подовження клінічної коронки зуба із використанням шаблону-коронки та шаблону і коронки з опорою на сусідні зуби забезпечив можливість точного індивідуального визначення орієнтирів та меж подовження клінічної коронки до адекватних розмірів. У 14 пацієнта це дозволило визначити межі проведення гінгівектомії, а у 7 - планувати хірургічну корекцію як м'яких тканин, так і кісткової тканини коміркового відростка/частини.

Висновки. Запропонований вдосконалений спосіб дозволив провести точну індивідуалізовану корекцію контуру ясенного краю та кісткової тканини коміркового відростка забезпечивши подовження клінічної коронки зуба. Їх застосування об'єктивізовує хірургічне втручання та створює умови для спрямованої регенерації м'яких тканин навколо зуба після оперативного лікування.

РОЛЬ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У ПІДГОТОВЦІ ПАРОДОНТОЛОГІВ

Петрушанко Т.О., Попович І.Ю., Іленко Н.М., Петрушанко В.М., Іленко-Лобач Н.В., Мошель Т.М.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Професіоналізм лікаря пародонтолога, формування його клінічного мислення, досконалі практичні навички у високій мірі визначаються якістю проходження стимуляційного навчання. Саме симуляційне навчання дозволяє використовувати моделювання реальних ситуацій для розвитку практичних навичок, прийняття рішень та критичного мислення. Безпечне відпрацювання окремих навичок в контрольованих умовах перед застосуванням у реальному середовищі є обов'язковим етапом підготовки пародонтолога, у той же час і

критичним, особливо коли мова йде про відпрацювання складних маніпуляцій на етапах курції пацієнтів із захворюваннями пародонта.

Метою роботи стала оцінка ролі симуляційної підготовки слухачів на циклі спеціалізації з фаху «Пародонтологія».

Для вирішення поставленої мети здійснено анкетування слухачів циклу спеціалізації з фаху «Пародонтологія», який реалізується на кафедрі терапевтичної стоматології Полтавського державного медичного університету. Результати анкетування проаналізовані та опрацьовані статистично.

Аналіз анкет засвідчив повну задоволеність слухачів при реалізації симуляційного навчання. Наявність на кафедрі спеціалізованого фантомного класу для відпрацювання практичних навичок на пародонті дозволяє реалізовувати можливість тренуватися без ризику для пацієнта, що знижує тривожність лікарів. Важливим фактором є використання фантомів та симуляторів для оволодіння спеціальним пародонтологічним інструментарієм, техніками хірургії та пародонтальної терапії. Вдосконалення діагностичних навичок у пародонтології також досягається при симуляційному навчанні більш якісно. Важливо, що саме симуляційне навчання дає можливість імітувати клінічні випадки, розвивати дрібну моторику та клінічне мислення без ризику для пацієнта, опановувати сучасні технології та методики діагностики, лікування в пародонтології.

Активне впровадження та вдосконалення стимуляційного навчання, особливо на післядипломній освіті, дозволяє підвищувати професіоналізм пародонтологів, їх конкурентоспроможність на ринку стоматологічних послуг.

ОРГАНІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ ОРТОДОНТІІ ТА ЩЕЛЕПНОЇ ОРТОПЕДІІ НА ОДОНТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ ХАРКІВСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ

Рябокоть Є.М.

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

Вступ. Реформа зуболікарської освіти на території України на початку двадцятих років минулого століття ознаменувалася створенням одонтологічного факультету Харківського медичного інституту (ХМІ). Перехід від ремісничого навчання до вищої медичної освіти вимагав глибокої перебудови навчальних планів і впровадження нових наукових дисциплін. Однією з таких найважливіших клінічних галузей стала ортодонція і тісно пов'язана з нею щелепна ортопедія. Формування цих напрямків відбувалося в умовах інтеграції зуболікування в загальну медицину, що визначило специфіку їх викладання та наукового осмислення.

Метою даного дослідження є історико-медичний аналіз організації викладання ортодонтії та щелепної ортопедії на одонтологічному факультеті Харківського медичного інституту в період його становлення.

Матеріал і методи. Матеріалом для роботи послужили історичні довідки, навчальні плани та пояснювальні записки до навчальних планів одонтологічного факультету ХМІ, з моменту відкриття і до 1927 року. У дослідженні застосовано метод історико-педагогічного аналізу освітніх програм, що дозволяє реконструювати структуру навчального процесу та оцінити науковий потенціал профільних дисциплін.

Результати. Аналіз навчальних планів і пояснювальних записок до них показує відсутність виділення ортодонтії в окрему самостійну кафедру. Керівництво новоствореного нового одонтологічного факультету пішло шляхом глибокої клінічної інтеграції, об'єднавши вивчення аномалій зубощелепної системи з профільними стоматологічними дисциплінами на третьому і четвертому курсах. Викладання було розділене на два суміжні напрямки. Перший напрямок реалізовувався на кафедрі протезного зуболікування з ортодонтією під керівництвом професора І.А. Баранова, а після його смерті професора Б.Б. Брандсбурга. На вивчення цього об'єднаного предмета протягом двох з половиною років відводилося 282 години теоретичних і практичних занять.

Другий напрямок вивчався на кафедрі оперативного зуболікування зі щелепною ортопедією, яку очолював професор І.С. Гайзенберг. На освоєння даної дисципліни протягом півтора років виділялося 200 годин. Науковий інтерес до ортодонтії підтверджується переліком обов'язкових дипломних робіт випускників. До тематики досліджень входили такі питання, як етіологія аномалій у щелепних рядах, екстракція в ортодонтії, ортопедичне лікування при пораненнях щелеп, різні системи шин для лікування переломів щелеп, а також хірургічне та протезне лікування «вовчої пащі».

Обговорення. Інтегрований підхід до викладання ортодонтії відображав загальну ідеологію Харківської одонтологічної школи, спрямовану на формування лікаря з широким клінічним і біологічним мисленням. Об'єднання ортодонтії з протезуванням і оперативним зуболікуванням не було випадковим адміністративним рішенням. Це демонструвало розуміння того факту, що виправлення прикусу і лікування зубощелепних аномалій вимагає комплексного біомеханічного та хірургічного втручання. Студенти отримували можливість вивчати ортодонтію не як ізольовану механічну техніку, а в тісному зв'язку з патологією всієї зубощелепної системи. Наявність у дипломних роботах тем, присвячених травмам щелеп і вродженим вадам розвитку, свідчить про високу клінічну складність вирішуваних завдань і науково-дослідний потенціал факультету. Такий підхід кардинально відрізнявся від

дореволюційної ремісничої підготовки, забезпечуючи випускникам глибоке розуміння етіології патологічних процесів і методів їх лікування.

Висновки. Організація викладання ортодонції на одонтологічному факультеті ХМІ являла собою передову для свого часу освітню модель. Включення ортодонції та щелепної ортопедії до складу профільних кафедр дозволило забезпечити високий рівень підготовки фахівців. Випускники одонтологічного факультету володіли не лише теоретичними знаннями про зубощелепні аномалії, а й практичними навичками їх комплексного консервативного та хірургічного лікування, що повністю відповідало меті створення лікаря-одонтолога високої кваліфікації.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ МІКРОЦИРКУЛЯЦІ ТКАНИН ПЕРІОДОНТУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Свирида О.С., Аветіков Д.С., Локес К.П., Свирида Е.О.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність. Лікування травматичних ушкоджень лицево-щелепної локалізації вимагає особливої уваги, оскільки важливі сенсорні системи (зір, слух, соматичні відчуття, смакові, нюхові та вестибулярні) розташовані в ділянці обличчя, а також життєво важливі структури голови та шиї тісно пов'язані (дихальні шляхи, кровоносні судини, нерви та шлунково-кишковий тракт). Незмінним залишається принцип лікування переломів: репозиція, фіксація та іммобілізація. Але невпинний розвиток медичної науки призводить до збільшення частки хірургічних методів лікування переломів щелеп порівняно із ортопедичними, а підвищення вимог пацієнтів до естетичного компоненту підвищує частоту використання внутрішньоротового доступу.

Як саме травматичне ушкодження, так і проведення хірургічного втручання порушують цілісність кровоносних судин, що має негативний вплив на кровопостачання ураженої ділянки, і, як результат, на процеси репаративної регенерації. Для оцінки стану мікроциркуляторного русла, на нашу думку, доцільно використовувати ультразвуковий метод діагностики.

Мета дослідження: визначити стан мікроциркуляторного русла у ділянці перелому нижньої щелепи за допомогою ультразвукового методу дослідження. Матеріали та методи. Нами був проведений аналіз результатів УЗД (Ultrasound LOGIQ P9, 10–18 MHz) мікросудинного русла 30 пацієнтів із переломами нижньої щелепи, а саме була проведена оцінка максимальної та мінімальної швидкості кровотоку на стороні ураження за умов використання внутрішньоротового остеосинтезу нижньої щелепи.

Результати. На момент шпиталізації пацієнтів систолічна швидкість кровотоку з боку ураження становила $115,64 \pm 3,32$ м/с, на 30-ту добу спостереження даний показник збільшився на $8,38 \pm 0,14$ м/с. На 90-добу дослідження досліджуваний показник продовжував поступово зростати (на $16,54 \pm 1,09$ м/с), що може вказувати на відновлення мікроциркуляторного руслу у зоні травматичного ураження після проведення хірургічного лікування.

Висновки. Отримані нами результати дослідження динаміки показника середньої максимальної швидкості кровотоку дозволяли дійти висновку про наявність чіткої кореляції взаємозв'язку з показниками систолічної та діастолічної швидкості збільшення особливо в період з 10 по 30 добу свідчить про швидке відновлення мікроциркуляції в зоні оперативного втручання та покращення гемодинаміки при застосуванні запропонованого нами протоколу з доповнення.

АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ІНТРАОРАЛЬНОГО СКАНУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ЗА ДАНИМИ АНКЕТУВАННЯ **Снігур Ю.Р., Гасюк П.А., Боднарчук І.В.**

*Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України, Тернопіль, Україна*

Актуальність. Точність прилягання ортопедичних конструкцій до підготовленої опори є одним із ключових чинників їх успішної роботи в клінічній практиці. Водночас у науковій літературі й досі спостерігаються певні коливання показників точності таких конструкцій, виготовлених за цифровими та аналоговими протоколами, що подані в роботах різного рівня доказовості.

Мета дослідження – аналіз поширеності застосування технології інтраорального сканування у приватних стоматологічних закладах охорони здоров'я в принципі, дані для котрого були зібрані в ході проведеного анкетування.

Матеріали та методи. Проведене анкетування серед 67 приватних стоматологічних закладів охорони здоров'я м. Тернопіль, котрі включали як стоматологічні клініки з широким профілем надання стоматологічних послуг, так і приватні стоматологічні кабінети, дозволило встановити, що на момент опитування технологія інтраорального сканування застосовувалась у 32 з таких, що відповідало поширеності у 47,76% на рівні досліджуваних клінік. Додатково було проведено онлайн-опитування незалежної когорти 118 лікарів-стоматологів з використанням форми-опитувальника, поширеної через соціальні мережі професійних спільнот, дизайн котрої не відрізнявся від дизайну анкети, яку застосовували при аналізі факту застосування інтраорального сканування серед стоматологічних клінік.

Результати. З 79 опитаних лікарів-стоматологів, які працювали в клініках із доступом до внутрішньоротового сканера, 30 спеціалістів (37,97%) підтвердили досвід використання технології інтраорального сканування менше 1 року, 24 (30,38%) – більше 1 року, але менше 3 років, 25 (31,65%) – понад 3 роки. Варто зазначити, що рівень впровадження технології інтраорального сканування у приватних стоматологічних закладах охорони здоров'я є помірним, проте демонструє тенденцію до стабільного зростання, охоплюючи приблизно половину (47,76%) клінік та понад третину (37,29%) індивідуальних спеціалістів, що відображає активну фазу цифрової трансформації стоматологічної практики на сучасному етапі. Попри це, основний вектор використання інтраорального сканера залишається обмеженим до його базової функції – отримання цифрового відбитка, що підтверджується тим, що понад дві третини (69,62%) лікарів-стоматологів використовують технологію лише як альтернативу класичним еластомерним матеріалам, без залучення можливостей спеціалізованого програмного забезпечення для діагностики, планування або аналітичного моделювання.

Висновки. Порівняльний аналіз клінічних етапів залучення технології показав, що переважна більшість лікарів (70,37%) використовують сканування виключно на ортопедичному етапі лікування, уникаючи його застосування на стадії попереднього цифрового аналізу оклюзійних співвідношень чи моніторингу змін стоматологічного статусу під час підготовчого лікування.

ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО ЗАСВОЄННЯ КУРСУ «ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ В СТОМАТОЛОГІЇ» СЕРЕД СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО РОКУ НАВЧАННЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТЮ «СТОМАТОЛОГІЯ»

Стоян О.Ю., Савельєва Н.М., Томіліна Т.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Незважаючи на тривалу російську агресію, Харківський національний медичний університет (ХНМУ) продовжує готувати конкурентоспроможних лікарів-стоматологів. Відповідно до Закону України «Про вищу освіту», студенти мають право самостійно обирати дисципліни для формування індивідуальної освітньої траєкторії. Сучасний освітній процес потребує оновлення й адаптації для ефективного професійного розвитку майбутніх фахівців, що передбачає впровадження особистісно орієнтованого підходу, оновлення змісту освіти та використання інноваційних технологій. Тож реалії сьогодення зумовлюють потребу оновлення тематичної спрямованості вибіркової дисципліни для майбутніх стоматологів.

Мета дослідження Обґрунтувати доцільність включення вибіркової дисципліни «Етика та деонтологія в стоматології» до навчання студентів

першого курсу стоматологічного факультету ХНМУ на основі мотиваційних чинників.

Матеріали та методи. Проаналізовано та узагальнено науково-педагогічні й методичні джерела щодо вибірових дисциплін для студентів I курсу стоматологічного факультету ХНМУ з метою обґрунтування впровадження нової теми в освітній процес.

Результати дослідження. Багаторічний досвід підготовки лікарів-інтернів показує, що на додипломному етапі студенти-стоматологи часто не мають достатньо розвинених комунікативних навичок у взаємодії з пацієнтами, колегами та медичним персоналом. Це зумовило потребу посилити увагу до цього аспекту й запровадити для студентів першого курсу вибірову дисципліну «Етика та деонтологія в стоматології». Опанування цієї дисципліни саме на початковому етапі навчання формує базу для подальшого вивчення клінічних стоматологічних дисциплін та сприяє адаптації студентів до клінічної практики, забезпечує правові основи професійної діяльності, ознайомлює з нормативними документами та ключовими принципами етики і деонтології в сучасному суспільстві.

З 2020 року навчання в ХНМУ відбувається в гібридному режимі і, на жаль, online-формат практичних занять не забезпечує прямого контакту студентів із пацієнтом. Проте сучасні технології дозволяють створити умови, максимально наближені до offline-занять. Першокурсникам-стоматологам пропонуються навчальні ситуації, що формують алгоритми спілкування з пацієнтами різного віку та стану і розвивають навички професійного використання медичної мови.

Тож мотивація студентів-першокурсників стоматологічного факультету до вивчення дисципліни «Етика та деонтологія в стоматології» зумовлена потребою опанування професійно-етичних норм взаємодії лікаря з пацієнтом (зокрема дітьми та їхніми батьками) і розуміння правових засад стоматологічної практики в сучасному суспільстві. А результати ярмарків вибірових дисциплін у ХНМУ свідчать, що вже другий рік поспіль студенти обирають цей курс, що підтверджує їхню стійку зацікавленість тематикою навчання.

Висновки Вивчення вибірової дисципліни «Етика та деонтологія в стоматології» поглиблює знання, розвиває практичні навички та формує професійні компетентності майбутніх стоматологів.

ОГЛЯД АКТУАЛЬНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Тарасенко Т.В.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Актуальність. На цей час поширеність діагнозу флегмона щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) стає все частіше, що спричиняє попит на вдосконалення та зміну методів лікування задля оптимізації та покращення стану пацієнтів.

Мета. Дослідити та проаналізувати сучасні та новітні методи лікування флегмон ЩЛД. Оптимізувати досліджену інформацію, а також ознайомитись з вітчизняною та зарубіжною літературою з найбільш комплексними підходами до лікування.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалами слугували актуальні статті, дослідження та протоколи за останні 10 років, як українських, так і закордонних авторів на таких веб-сайтах як PubMed та Scopus. В аналітичному огляді були використані клінічні випадки, новітні підходи щодо лікування та профілактики ускладнень флегмон ЩЛД.

Результати дослідження. У результаті дослідження був виявлений основний метод лікування та профілактики. Що має поєднувати хірургічний та консервативний методи. До них включають ранній розтин і дренивання вогнища запалення та ліквідацію гною, проведення антибактеріальної терапії, що впливає на основний збудник захворювання. А також проведення інфузійної терапії задля покращення мікроциркуляції та покращення загального стану пацієнтів.

Висновки. 1. Флегмони щелепно-лицевої ділянки є найскладнішим гнійно-запальними процесом, що потребує комплексного лікування і негайної госпіталізації.

2. Основним методом лікування флегмон є комплексне лікування, що доповнює та попереджає раннім ускладненням. Головна мета - це хірургічне втручання, спрямоване на ліквідацію гнійного вогнища та забезпечення дренивання уражених клітковинних просторів.

3. Раціональна антибактеріальна терапія у поєднанні з інфузійно-дезінтоксикаційними заходами дозволяє ефективно впливати на патогенетичні механізми гнійного запалення.

ПАРОДОНТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ У РЕТЕНЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Третяк К.Є.

Дніпровський державний медичний університет

Актуальність. Ретенційні апарати забезпечують довгострокову стабільність результатів ортодонтичного лікування. Через необхідність використання цих апаратів в порожнині рота протягом багатьох років, безпечність знімних та незнімних конструкцій для тканин пародонту активно вивчається, але результати досліджень все ще мають неоднорідні результати.

Мета дослідження. Провести аналіз спеціалізованої літератури для узагальнення знань про вплив різних ретенційних апаратів на пародонтологічний статус ортодонтичних пацієнтів.

Матеріали і методи. Було здійснено огляд наукових досліджень, які оцінюють вплив незнімних ретенційних апаратів, ретейнера Hawley та ретенційних кап на стан тканин пародонту, опублікованих з 2013 по 2025 рік у базах даних PubMed та Elsevier Open Access.

Результати. До основних видів ретенційних апаратів відносяться фіксовані дротові ретейнери, ретейнер Hawley та вакуумні ретейнери (VFR). Вибраний тип ретейнера суттєво впливає на пародонтологічний статус пацієнтів. Фіксовані ретейнери найбільше сприяють накопиченню зубного нальоту та каменю в місці застосування [1], тому існують занепокоєння, що використання цих конструкцій може скомпрометувати стан пародонту. Клінічне та рентгенографічне порівняння впливу на пародонт сталевих та скловолоконних ретейнерів зафіксувало погіршення клінічних показників через 6 місяців у групі, в якій застосовували скловолоконні матеріали [2]. Крос-секційне дослідження пацієнтів, які перебували в ретенційному періоді лікування понад 10 років, встановило, що самі по собі фіксовані ретейнери не мали шкідливого ефекту, а більший вплив на акумуляцію зубних відкладень та глибину зондування мали додаткові фактори, такі як вік та паління [3].

Дослідження показало зменшення збудників пародонтиту *Porphyromonas gingivalis* та *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* після зняття ортодонтичних брекетів: ретейнер Hawley перевершив VFR та фіксовані ретейнери у підтримці кращих показників здоров'я пародонта протягом 6 місяців [4]. Фіксовані та знімні ортодонтичні ретейнери не відрізняються за рівнем *S mutans* і *L casei* в слині та станом пародонту. З усіма ретейнерами, незалежно від того, фіксовані вони чи знімні, гігієна порожнини рота покращується після ортодонтичного лікування за допомогою фіксованих апаратів [5].

Рецесії є поширеним ускладненням ортодонтичного лікування з фіксованими ретейнерами, особливо на центральних різцях нижньої щелепи.

Проте поява рецесій також пов'язана з фенотипом ясен, віком і стажем куріння, тому зв'язок між ретейнерами та появою рецесій потребує подальшого дослідження [6, 7].

Систематичний огляд 2020 року щодо впливу ретейнерів на стан пародонту показав, що результати досліджень є неоднорідними, і багато досліджень мали низький рівень доказовості [8].

Висновки. Результати досліджень вказують на безпечність різних видів ретенційних апаратів для здоров'я пародонту. Однак є підстави вважати, що для профілактики захворювань пародонту пацієнтам з незадовільним рівнем гігієни ротової порожнини більш доцільно призначати знімні ретенційні апарати.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Quinzi V, Carli E, Mummolo A, De Benedictis F, Salvati SE, Mampieri G. Fixed and removable orthodontic retainers, effects on periodontal health compared: A systematic review. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2023 Mar-Apr;13(2):337-346.
2. Torkan, S., Oshagh, M., Khojastepour, L. et al. Clinical and radiographic comparison of the effects of two types of fixed retainers on periodontium - A randomized clinical trial. *Prog Orthod.* 15, 47 (2014).
3. Salvesen BF, Grytten J, Rongen G, Koldslund OC, Vandevska-Radunovic V. Periodontal status in long-term orthodontic retention patients up to 10 years after treatment - a cross-sectional study. *Acta Odontol Scand.* 2021 Nov;79(8):623-629.
4. Li B, Lu C, Yao X, Wu X, Wu G, Zeng X. Effects of three orthodontic retainers on periodontal pathogens and periodontal parameters. *Sci Rep.* 2023 Nov 24;13(1):20709.
5. Eroglu AK, Baka ZM, Arslan U. Comparative evaluation of salivary microbial levels and periodontal status of patients wearing fixed and removable orthodontic retainers. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2019 Aug;156(2):186-192.
6. Theodorelos P, Ferrillo M, Pandis N, Kloukos D, Fleming PS, Katsaros C. A Cross-Sectional Evaluation of the Association between Orthodontic Treatment, Retention Modality and the Prevalence of Gingival Recession. *Oral Health Prev Dent.* 2024 Dec 5;22:647-654.
7. Booth FA, Edelman JM, Proffit WR. Twenty-year follow-up of patients with permanently bonded mandibular canine-to-canine retainers. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008 Jan;133(1):70-6. doi: 10.1016/j.ajodo.2006.10.023
8. Arn ML, Dritsas K, Pandis N, Kloukos D. The effects of fixed orthodontic retainers on periodontal health: A systematic review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2020 Feb;157(2):156-164.e17. doi: 10.1016/j.ajodo.2019.10.010

ІНТРАОРАЛЬНІ СКАНЕРИ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Чередниченко А.В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Актуальність. Цифрова трансформація стоматології замінює традиційні відбитки 3D-моделюванням. Використання інтраоральних сканерів (ІОС) є критично важливим для інтеграції в CAD/CAM-процеси, що підвищує точність і швидкість протезування.

Мета дослідження. Проаналізувати ефективність, переваги та обмеження застосування інтраоральних сканерів у сучасній ортопедичній практиці.

Матеріали та методи. Порівняльний аналіз точності цифрових та аналогових методів (силіконові відбитки проти ІОС), оцінка клінічних випадків протезування на зубах та імплантатах, а також огляд економічних та ергономічних показників впровадження технології.

Результати дослідження. Виявлено, що ІОС є універсальними для виготовлення незнімних конструкцій, протезування на імплантатах (через скан-боді) та планування складних операцій.

Переваги роботи з інтраоральними сканерами:

1. Похибка ІОС становить 12–30 мкм проти ~100 мкм у традиційних методах.
2. Час сканування — 1–3 хв; миттєва передача даних у лабораторію (у форматах STL/PLY).
3. Відсутність блювотного рефлексу та візуалізація результату в реальному часі.
4. Мінімізація витрат на матеріали та логістику при тривалому використанні.

Недоліки роботи з інтраоральними сканерами:

1. Висока вартість обладнання та вимоги до ІТ-інфраструктури.
2. Необхідність суворого контролю вологості (кров, слина) та складність сканування поверхонь, які відблискують (метал).
3. Потреба у навчанні персоналу та труднощі роботи при обмеженому відкриванні рота.

Висновки. Інтраоральне сканування суттєво перевершує традиційні методи за точністю та комфортом для пацієнта. Попри високу вартість обладнання та чутливість до вологості, технологія забезпечує прогнозований результат і є необхідною складовою сучасної стоматологічної практики.

ОКЛЮЗИЯ ТА ПОСТАВА: ПОШУК КОРЕЛЯЦІЙ У ДІТЕЙ-СПОРТСМЕНІВ 6-15 РОКІВ

Чех І.Б., Чухрай Н.Л.

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

Актуальність. Зубощелепні аномалії, зокрема аномалії прикусу, та порушення постави є одними з найпоширеніших патологій у дитячому віці (їх частота становить 50-60% та 65-80% відповідно).

У дітей-спортсменів ці відхилення мають особливе значення, оскільки поєднуються з впливом інтенсивних фізичних навантажень (зокрема під час занять асиметричними видами спорту), що може посилювати м'язово-скелетні дисбаланси.

Мета. Виявити можливі взаємозв'язки між порушенням постави та аномаліями прикусу у дітей-спортсменів віком 6-15 років, з урахуванням особливостей симетричних та асиметричних видів спорту

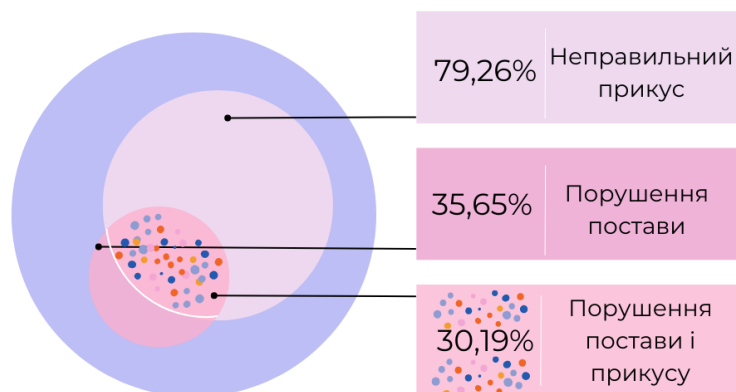
Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети було проведено обстеження 135 дітей-спортсменів від 6 до 15 років на предмет зубощелепних аномалій та наявності патологій постави. Види спорту, якими займалися обстежувані були розподілені на 3 групи: асиметричні, умовно симетричні, симетричні. До асиметричних віднесено: футбол, бадмінтон, стрільба з лука. Умовно-симетричними вважались: теквандо, карате, акробатика, рукопашний бій. Симетричним видом спорту визначалось плавання.

Під час дослідження проводились: клінічне обстеження (реабілітологом, педіатром, офтальмологом, ортодонтом та отоларингологом), антропометрія (вимірювання зросту, маси тіла, індексу ІМТ, за потреби – вимірювання кутів постави), фотопротокол (зовнішньоротовий: у положенні стоячи без взуття, у трьох площинах; внутрішньоротовий), рентгенівські обстеження (ОПГ, ТРГ та рентгенографія відділів хребта), анкетування батьків (щодо наявності шкідливих звичок, тривалості занять спортом, попереднього ортодонтичного лікування).

Результати. Результати дослідження показали, що у дітей, які займаються асиметричними видами спорту порушення постави складало 35,65%. Неправильний прикус діагностований у 79,26%. А у 30,19% дітей-спортсменів виявлено і порушення постави, і неправильний прикус (діаграма 1).

Серед усіх дітей з ускладненим ЛОР анамнезом діагностовано неправильний прикус.

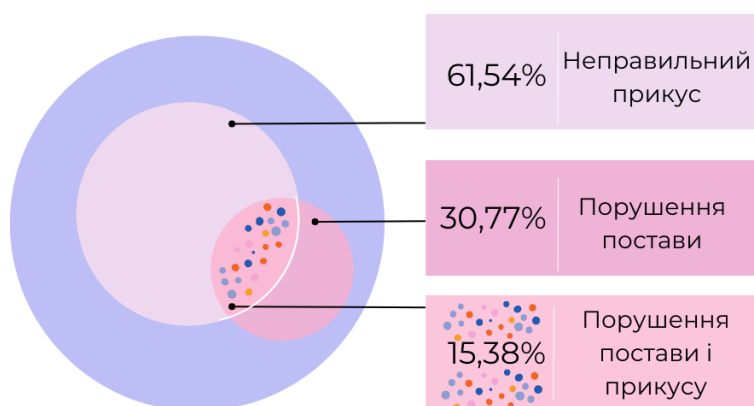
Асиметричні види спорту



Діаграма 1. Розподіл пацієнтів, які займаються *асиметричними* видами спорту, на наявність ЗЩА та порушень постави.

Серед дітей, які займаються *умовно симетричними* видами спорту діагностовано порушення постави складало 30,77%, а неправильний прикус - у 61,54%. Причому у 15,38% дітей-спортсменів виявлено і порушення постави, і неправильний прикус (діаграма 2).

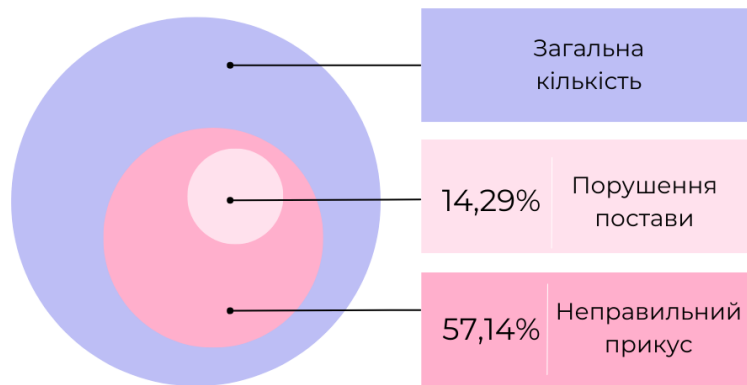
Умовно симетричні види спорту



Діаграма 2. Розподіл пацієнтів, які займаються *умовно симетричними* видами спорту, на наявність ЗЩА та порушень постави.

Порушення постави у дітей, які займаються *симетричними* видами спорту складало 14,29%. Натомість неправильний прикус діагностований у 57,14%. Порушення постави і неправильний прикус виявлено у 14,29% дітей-спортсменів (діаграма 3).

Симетричні види спорту



Діаграма 3. Розподіл пацієнтів, які займаються *симетричними* видами спорту, на наявність ЗЩА та порушень постави

Висновки. Вибір спорту має важливе значення у формуванні поструральної системи, а при регулярних тренуваннях – правильному розподілі навантаження та зменшенню ризику травм.

1. Заняття асиметричними видами спорту можуть впливати як на формування зубощелепних аномалій, так і на порушення постави. Натомість заняття умовно-симетричними та симетричними видами спорту відрізняються не критично.

2. На формування аномалій прикусу здебільшого впливають місцеві чинники, такі як: рання втрата молочних зубів, ротове дихання, неправильна позиція язика тощо.

ЗМІСТ

Dvornyk V.M., Kuz H.M., Teslenko O.I., Kuz V.S., Lunkova Yu.S., Illiashenko Yu.I., Martynenko I.M. INNOVATIVE ASPECTS OF USING CAD/CAM TECHNOLOGIES IN THE FABRICATION OF BAR PARTIAL DENTURES Komlev A.A.	3 4
INFLUENCE OF HYGIENE MEASURES ON THE ORAL MICROBIOME Pavlish I.V., Kuz H.M., Dvornyk V.M., Balia H.M., Marchenko K.V., Kuz V.S., Shemetov O.V. FREQUENCY-RESONANCE ANALYSIS OF OSSEOINTEGRATION OF SMALL-DIAMETER IMPLANTS IN BICORTICAL PLACEMENT Sokolohorska-Nykina Yu.K., Stasiuk O.A., Volvach I.V.	5 6
RELATIONSHIP BETWEEN MUSCULOSKELETAL STATUS AND DENTOFACIAL ANOMALIES IN CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENTS Біда О.В.	7
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПАРАМЕТРІВ ОКЛЮЗІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НЕЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ, ВИГОТОВЛЕНИХ ЗА АНАЛОГОВИМИ ТА ЦИФРОВИМИ ТЕХНОЛОГІЯМИ Виженко Є.Є., Куроєдова В.Д., Галич Л.Б.	9
ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНА МОДЕЛЬ ЯК КРИТЕРІЙ УСПІХУ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ Висоцький В.Я.	11
СПРИЙНЯТТЯ СТРЕСУ ТА СТАН ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ Галич Л.В., Галич Л.Б.	12
ГЕНЕТИЧНА ДЕТЕРМІНОВАНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ: КЛІНІКО-МОРФОМЕТРИЧНІ ПАРАЛЕЛІ Гриценко Ю.Ю., Зайцев А.В., Котелевська Н.В., Костиренко О.П.	13
НАКОПИЧУВАЛЬНА КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ КАРІЄСУ Гуньовський Я.Р., Гуньовська Р.П.	15
КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ АДАПТАЦІЇ ДО ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ ЧЕРЕЗ АНАЛІЗ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА Дрок В.О.	16
РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ Заболотна І.І.	18
ХІМІЧНИЙ СКЛАД ЕМАЛІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ПРИШИЙКОВОЇ ДІЛЯНКИ ЗУБІВ Курадовець А.В., Гасюк П.А., Курадовець Ю.В.	19
ПОКАЗНИКИ РІВНЯ ЛІЗОЦИМУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ З УРАХУВАННЯМ ПАТОЛОГІЇ ПАРОДОНТА	

Лебідь О.І., Дуда К.М.	20
КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ	
Лісецька І.С.	22
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ, ЩО ПАЛЯТЬ У ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ	
Лугіна С.К.	24
ГВИНТОВА ФІКСАЦІЯ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НА ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТАХ З РІВНЯ МУЛЬТІЮНІТ-АБАТМЕНТІВ. ВИБІР ПРОТЕЗНОЇ КОНСТРУКЦІЇ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	
Максименко А.І., Шешукова О.В., Онищенко А.В.	26
ПОШИРЕНІСТЬ ТА ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НИРОК	
Мартиць О.Ю., Сівак Н.О., Мартиць Ю.М.	27
ЧАСТОТА ТА СТРУКТУРА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТНМУ	
Мельник В.Л., Шевченко В.К., Костиренко О.П.	29
ДІАГНОСТИКА М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА У ПАЦІЄНТА З ОСТЕОПОРОЗОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	
Остафійчук О.Р., Дмитришин Т.М.	30
ОСОБЛИВОСТІ ПОДОВЖЕННЯ КЛІНІЧНОЇ КОРОНКИ ЗУБА ЗА ВДОСКОНАЛЕНИМ СПОСОБОМ	
Петрушанко Т.О., Попович І.Ю., Іленко Н.М., Петрушанко В.М., Іленко-Лобач Н.В., Мошель Т.М.	31
РОЛЬ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У ПІДГОТОВЦІ ПАРОДОНТОЛОГІВ	
Рябокоть Є.М.	32
ОРГАНІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ ОРТОДОНТІЇ ТА ЩЕЛЕПНОЇ ОРТОПЕДІЇ НА ОДОНТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ ХАРКІВСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ	
Свирида О.С., Аветіков Д.С., Локес К.П., Свирида Е.О.	34
ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТКИ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ ТКАНИН ПЕРІОДОНТУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	
Снігур Ю.Р., Гасюк П.А., Боднарчук І.В.	35
АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ІНТРАОРАЛЬНОГО СКАНУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ЗА ДАНИМИ АНКЕТУВАННЯ	
Стоян О.Ю., Савельєва Н.М., Томіліна Т.В.	36
ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО ЗАСВОЄННЯ КУРСУ «ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ В СТОМАТОЛОГІЇ» СЕРЕД СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО РОКУ НАВЧАННЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТЮ «СТОМАТОЛОГІЯ»	

Тарасенко Т.В.	38
ОГЛЯД АКТУАЛЬНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ	
Третяк К.Є.	39
ПАРОДОНТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ У РЕТЕНЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	
Чередниченко А.В.	41
ІНТРАОРАЛЬНІ СКАНЕРИ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	
Чех І.Б., Чухрай Н.Л.	42
ОКЛЮЗІЯ ТА ПОСТАВА: ПОШУК КОРЕЛЯЦІЙ У ДІТЕЙ-СПОРТСМЕНІВ 6-15 РОКІВ	
ЗМІСТ	45