



Івано-Франківський
національний медичний університет

75



Науково-практична конференція з міжнародною участю

**«НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ
ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ЩЕЛЕПНО-
ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ»**



**МАТЕРІАЛИ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

*23-24 жовтня 2020 року
м. Івано-Франківськ*



ВПЛИВ ГІПОТИРЕОЗУ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Ананевич І.М., Ожоган З.Р., Попадинець О.Г., Пастух М.Б., Котик Т.Л., Грищук М. І.

*Кафедра ортопедичної стоматології
Кафедра анатомії людини
Івано-Франківського національного медичного університету*

Функціональний стан великих і малих слинних залоз, слизової оболонки ротової порожнини впливає на стан зубощелепної системи, органів травлення та інших систем організму. Морфофункціональні особливості слизової оболонки порожнини рота забезпечують гомеостаз не тільки локально, але і верхніх відділів травної системи, будучи одночасно відображенням їх стану.

Метою роботи є встановлення ультраструктурної особливості змін слизової оболонки ротової порожнини у відповідь на змодельований гіпотиреозу.

Моделювання гіпотиреозу проводилося на 10 білих безпородних щурах-самців статевозрілого віку за допомогою препарату "МЕРКАЗОЛІЛ" ("Здоров'я" Україна), який вводили з питною водою у розрахованих дозах відповідно масі тіла щура . Розрахунок проводили із відповідності 7,5 мг на 100г маси тіла тварини протягом 14 діб. Всі маніпуляції проведені з дотриманням вимог етики та гуманного поводження з тваринами. Забір матеріалу проводиться через 14 днів. Евтаназію проводили шляхом введення 2% розчину тіопенталу натрію у дозі 2.5 мг/кг маси тіла тварини. Дослідження проведено на ультраструктурному рівні.

У слизовій оболонці щоки і піднебіння візуалізуються різної форми епітеліоцити, ядерна оболонка яких формує численні неглибокі інвагінації. У нуклеоплазмі переважає еухроматин. Мітохондрії округлої форми, розташовані ближче до ядра, мають світлий матрикс і частково деформовані гребені. У пухкій сполучній тканині, що формує власну пластинку слизової оболонки, та підслизовому шарі розташовані набряклі колагенові волокна в оточенні електроннопрозорого позаклітинного матриксу. Секреторні клітини малих слинних залоз мають просвітлену цитоплазму. Ядра ендотеліоцитів гемокапілярів деформовані, їх ядерна оболонка інвагінована, нуклеоплазма низької електронної щільності. Мітохондрії з вакуолізованим матриксом і порушеною впорядкованістю гребенів. У просвіті більшості капілярів містяться еритроцитарні складжі.

За результатами дослідження в умовах експериментально змодельованого гіпотиреозу в досліджувальних структурах спостерігаємо однотипні зміни : виражені набрякові явища у сполучнотканинних елементах та компонентах стінки судинного русла, і як наслідок, у епітеліоцитах розвиваються дистрофічні процеси.

Враховуючи виражену реактивність досліджувальних структур, доцільно вивчення морфофункціональних перетворень в динаміці.

ЗУСТРІЧНІ КОНСТРУКЦІЇ З ДИОКСИДУ ЦИРКОНУ – ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ

Бібен А.В., Ожоган З.Р., Павлишин В.В.

*Кафедра ортопедичної стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету*

Незважаючи на швидкий прогрес, впровадження нових методів лікування та велику різноманітність конструкційних матеріалів, патологічне стирання твердих тканин зубів залишається серйозною проблемою в стоматології. За даними різних авторів розповсюдженість захворювання коливається від 4% до 57% у молодому віці і сягає 91% у осіб старшого віку [1].

Діагностика даної патології завдяки чітко вираженій клінічній картині зазвичай не викликає труднощів. Лікування даної патології є двоетапним, з попередньою підготовкою до протезування та підвищенням міжальвеолярної висоти за допомогою тимчасових ортопедичних конструкцій. Другий же етап з використанням постійних незнімних зубних протезів, відрізняється великою варіативністю ортопедичних конструкцій. Найбільше питань викликає вибір матеріалу для формування оклюзійної поверхні незнімних протезів.

На наше переконання найкращим матеріалом для виготовлення оклюзійних поверхонь незнімних зубних протезів є диоксид циркону. Пояснюється це кількома факторами - високі естетичні, біологічні властивості, здатність стримувати поширення мікротріщин при надмірних навантаженнях, завдяки механізму трансформаційного зміцнення. Крім того, захисне покриття із диоксиду циркону усуває прояви гальванозу та гальванізму в ротовій порожнині.

Але найважливішими на нашу думку, є високі трибологічні характеристики диоксиду циркону. Висока стійкість до стирання, особливо за умови застосування цирконієвих оклюзійних поверхонь на зубах-антагоністах забезпечує довготривалу та якісну функціональну оклюзію у пацієнтів з патологічним стиранням зубів. А високоточне цифрове моделювання знижує до мінімуму потребу у оклюзійному пришліфовуванні після фіксації ортопедичних конструкцій.

Тому ми плануємо провести дослідження щодо ефективності застосування незнімних зубних протезів з оклюзійною поверхнею з диоксиду циркону на зубах-антагоністах для лікування пацієнтів з патологічним стиранням твердих тканин зубів.

МЕХАНІКО-МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ КОНТАКТНОЇ ВЗАЄМОДІЇ РЕСТАВРАЦІЇ ІЗ ТКАНИНАМИ ЗУБА

Бульбук О.В., Рожко М.М., Велечкович А.С., Бульбук О.І.

*Кафедра стоматології післядипломної освіти,
Кафедра ортопедичної стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету;
Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу*

Позаяк функціональні властивості зубів безпосередньо визначаються напруженнями, котрі виникають в твердих тканинах зубів під дією значних жувальних навантажень, то, зрозуміло, що при виборі адекватного методу відновлення без попереднього ретельного розрахунку показників напружено-деформованого стану відновленої коронки зуба не обійтися. Недостатня вивченість цього питання дає привід для більш глибокого його аналізу.

На наш погляд досліджувані у попередніх роботах В.Ю. Мілікевича (1985), Т.Ф.Даніліної (1997), О.Н.Терещенко (2004) аналітичні механіко-математичні моделі системи «зуб – пломба» є дещо спрощеними і не враховують низку важливих чинників. Такі спрощення можуть суттєво вплинути на адекватний вибір методу відновлення коронки зуба.

Мета дослідження – удосконалення методик аналітичної оцінки показників напружено-деформованого стану системи «зуб – пломба», або «зуб – вкладка» для вироблення практичних рекомендацій щодо обґрунтованого вибору методу відновлення зруйнованої анатомічної коронки зуба.

Нами побудована механіко-математична модель контактної взаємодії пломби (вкладки) з твердими тканинами зуба дозволила одержати чіткі якісні і кількісні оцінки поведінки відновленого зуба під дією жувального навантаження. Виконано розрахунок показників напружено-деформованого стану системи, зокрема осьових, контактних і кільцевих напружень, у вигляді аналітичних виразів, які враховують пружно-механічні властивості твердих тканин зуба і матеріалу пломби чи вкладки. Запропонований індекс ЛППЗ $k = h/D$, котрий є зручним для практичного застосування, бо його легко отримати шляхом прямих вимірювань. Його можна використовувати в подальшому для прогнозування потрібних властивостей різних стоматологічних матеріалів та прогнозування результатів лікування.

Результатом проведеного дослідження стало: побудована механіко-математична модель системи «зуб – пломба (вкладка)», яка дозволила врахувати вплив на поведінку об'єкта дослідження усіх суттєвих параметрів пружності і міцності та сформулювати крайову контактну задачу у придатному для аналітичного розв'язування вигляді. Аналіз залежностей

показав, що збільшення жорсткості матеріалу пломби (вкладки) зменшує осьові напруження у тканинах зуба. Відтак при зниженні ЛППЗ слід використовувати реставраційні матеріали з більшим модулем Юнга. Доведено, що для забезпечення міцності реставрації товщина стінки пошкодженого зуба повинна задовольняти умову $h \geq 0,175D$. За меншої товщини стінки використання пломбувальних матеріалів буде неефективним, в такому разі для відновлення зуба слід застосувати керамічну вкладку. Крім того, нехтування ефектом Пуассона може суттєво вплинути на значення еквівалентних напружень. У своїх дослідженнях В.Ю. Мілікевич не врахував ефект Пуассона для тканин зуба, через це результати його розрахунків можливо більш яскраво демонструють якісну картину процесу, однак вони менш реалістичні і менш точні щодо кількісних оцінок.

На основі проведеного аналізу, ми можемо стверджувати, що великі осьові напруження, що виникають у нелікованих зубах із дефектами твердих тканин зуба, призводять до їх переломів. Побудована механіко-математична модель контактної взаємодії пломби (вкладки) з твердими тканинами зуба справджується у випадках більшого оклюзійного навантаження, що сприймає сама реставрація. Чим більший об'єм дефекту – тим більш чутлива відновлена структура до фізико-механічних характеристик реставрації. Також варто відмітити, що при великих дефектах важливий вибір матеріалу. Старіння реставраційного матеріалу (що актуальніше для пломбувальних матеріалів) призводить до збільшення еквівалентних напружень в тканинах зуба, знижуючи міцність реставрації.

Загалом отримані результати будуть корисними при застосуванні у подальших дослідженнях в галузі стоматології та розробки алгоритму вибору методу лікування дефектів твердих тканин зуба.

ЛІКУВАННЯ ІЗОЛЬОВАНИХ ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ ДНА ОРБИТИ: ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Варес Я.Е., Філіпський А.В., Пастернак Ю.Б., Філіпська Т.А.

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького,
Львівська обласна клінічна лікарня, відділення щелепно-лицевої хірургії, Львів*

Актуальність проблеми: ізольовані переломи дна очної ямки є одними із найрідкісніших травматичних пошкоджень кісток середньої зони обличчя, які за повідомленнями фахових зарубіжних джерел складають до 4% з-поміж усіх травм вилично-орбітального комплексу, а згідно з нашими власними спостереженнями – менше 1%. Особливість таких травм впливає із їхньої назви – наявність пошкодження при візуальній цілісності оточуючих кісткових структур. Враховуючи незначну товщину власне дна орбіти, яке слугує опорою очного яблука, топографічну близькість судин та нервів тощо, питання діагностики, планування та вибору лікувальної тактики за наявності таких переломів залишається актуальним.

Наукова новизна роботи: у фаховій зарубіжній та вітчизняній літературі здебільшого зустрічаються дослідження та описи клінічних випадків, присвячені поєднаним переломам дна орбіти з переломами інших анатомічних ділянок (бокові стінки орбіти, передня стінка верхньощелепного синуса тощо). Натомість, інформація стосовно діагностики та лікування власне ізольованих пошкоджень зустрічається вкрай рідко (Маланчук В.О., Логвиненко І.П., 2011). Відтак, доцільним є висвітлення вітчизняного досвіду діагностики та лікування пацієнтів з переломами дна орбіти, що сприятиме поглибленню теоретичних знань та покращенню практичних навичок у менеджменті вказаних травматичних пошкоджень.

Мета: представити власний досвід лікування ізольованих травматичних переломів дна орбіти із наявністю його дефекту.

Методи та результати досліджень: в якості прикладу наводимо опис клінічного випадку пацієнта, що був госпіталізований у відділення щелепно-лицевої хірургії Львівської обласної клінічної лікарні в лютому 2020 року з діагнозом: «Травматичний уламковий перелом дна лівої орбіти із дислокацією очного яблука. Післятравматичні садна обох повік лівого ока, субкон'юнктивальний крововилив лівого ока». Зі слів пацієнта отримав травму внаслідок удару кулаком в ділянку лівого ока. Скарги на момент госпіталізації: біль в ділянці лівого ока; обмеження зору лівим оком, особливо при фокусуванні на окремо взятих предметах; головокружіння, нудота та блювання при спробі зору обома очима (ці явища зникали відразу, як тільки пацієнт заплющував ліве око); неможливість виконання точних

маніпуляцій, зокрема керування автомобілем. При клінічному огляді виявлено енофтальм, непаралельність зіниць обох очей із зниженням рівня лівої зіниці стосовно правої на 4-5 мм. Для оцінки ситуації було проведено спіральну комп'ютерну томографію з товщиною зрізу 0,5 мм на 64-х зрізовому томографі Toshiba "AQUILION" (медичний центр АБСолют-Мед, Львів). Після аналізу мультипланарних проекцій та 3-D моделі лицевого скелета пацієнта виявлено дефект дна лівої орбіти площею 4 см² із наявністю двох великих та кількох дрібних вільнолежачих кісткових уламків, дислокованих разом із очним яблуком в просвіт лівого верхньощелепного синуса. Консиліарно було прийнято рішення про доцільність остеосинтезу дна орбіти із репозицією очного яблука за допомогою кастомізованої орбітальної міні-пластини із застосуванням стереолітографії. За допомогою 3-D принтера Phrozen Sonic XL 4K (зуботехнічна лабораторія ММлаб, Львів) було виконано високоточну модель середньої зони обличчя пацієнта, по якій було припасовано та адаптовано матричну орбітальну міні-пластину товщиною 0,4 мм (Irene Osteomed, Укртравма, Львів). Операцію реконструкції дна орбіти було проведено під загальним знеболенням з використанням нижньоповікового операційного доступу. Під час втручання було ревізовано дно орбіти, забрано великі та малі кісткові уламки, проведено остаточне припасування міні-пластини та її фіксація 4-ма кортикальними гвинтами довжиною 5 мм в ділянці нижнього краю орбіти. Очне яблуко було депоноване на місце його анатомічної локації. Рана була зашита пошарово за загальноприйнятими правилами. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, відзначалась позитивна динаміка у вигляді ліквідації післятравматичних розладів роботи лівого ока. Після виписки періодично проводились контролі в динаміці. У вересні 2020 (7 місяців після втручання) проведено черговий огляд пацієнта із променевим контролем оперованої ділянки: зі слів пацієнта використання лівого ока не створює йому дискомфорту при прямостоянні, ходьбі, керуванні автомобілем чи виконанні точних маніпуляцій. Клінічно – зіниці обох очей знаходяться на одному рівні. За результатами променевого контролю – патологічних змін в ділянці проведеного раніше остеосинтезу не виявлено.

Висновки: застосування новітніх технологій та мультидисциплінарний підхід до планування реконструкційних втручань у ділянці орбіти значно підвищує їх сприятливий прогноз. Ключовими моментами реабілітації є прецизійність променевого обстеження, висока точність 3-D друку та правильність вибору вихідної конфігурації міні-пластини.

ПРОБЛЕМИ ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Волошина Л.І., Скікевич М.Г.

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

Питання об'єктивного вивчення якості життя в даний час викликають пильну увагу у світової спільноти. Це пов'язано, на наш погляд, з тим, що підхід до оцінки якості лікування, що склався у ХХ столітті, лише за результатами різних клінічних та лабораторних досліджень, перестав відповідати концепції розвитку суспільства. У науковому світі широко обговорюється необхідність трансформації традиційних критеріїв оцінки здоров'я людини з урахуванням сформованих соціальних і філософських тенденцій в суспільстві.

Якість життя безпосередньо залежить від стану здоров'я, комунікацій в соціумі, психологічного та соціального статусу, свободи діяльності і вибору, від стресів і надмірної стурбованості, організованості відпочинку, рівня освіти, доступу до культурної спадщини, соціального, психологічного та професійного самоствердження, психотипу індивіда та адекватності комунікацій і взаємин.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає якість життя як «сприйняття індивідами їх положення в житті в контексті культури і систем цінностей, в яких вони живуть, і відповідно до їх власних цілей, очікувань, стандартів і турбот». Якість життя для людей невідривна від цілей, які вони ставлять перед своїм життям, тобто пов'язана з ефективністю життя в широкому сенсі, і не тільки з задоволеністю своїм особистим життям, а й задоволеністю своїм становищем в країні і в світі, відбивається на самопочутті людини.

В даний час в розвинених країнах розроблена концепція і методики досліджень, створені спеціальні центри вивчення «якості життя». Інструментом для оцінки якості життя стали загальні та спеціальні анкети-опитувальники. У нашій країні, на жаль, цей метод не знайшов поки належного застосування - відсутність, з одного боку, адаптованих переведених опитувальників стоматологічної спрямованості, з іншого боку, джерел фінансування подібних досліджень. Слід зазначити, що в світлі останніх подій, що відбуваються в країні, особливої актуальності набувають питання, пов'язані з оптимізацією лікування і реабілітації пацієнтів з дефектами щелепно-лицевої локалізації (ЩЛЛ), і природно з поліпшенням якості життя цього контингенту. Не варто замовчувати факт, що проблема загострюється зі збільшенням кількості онкологічних захворювань, травм і вогнепальних поранень ЩЛЛ. Серед постраждалих переважають чоловіки у віці 25-50 років, які мають підвищену потребу

в спеціалізованому лікуванні і реабілітації з поглибленим вивченням якості їхнього подальшого життя.

Нами були вивчені дані статистичного обліку відділення щелепно-лицевої хірургії Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Склифосовського (зав. відділенням - С.Б.Кравченко) і проведена оцінка потреби в комплексному лікуванні та реабілітації пацієнтів з дефектами ЩЛЛ. При вивченні факторів статистичного обліку ми прийшли до висновку, що дані, які містяться в звітах, не відображають інформацію, необхідну для планування і організації спеціалізованої допомоги пацієнтам з дефектами ЩЛЛ різного генезу.

На нашу думку підвищенню доступності, якості та ефективності лікування цього контингенту пацієнтів повинні сприяти такі заходи: система реєстрації причин, які призвели до виникнення дефектів ЩЛЛ різного генезу, яка інтегрована в систему статистичного обліку стоматологічної служби; наявність медичної документації, що забезпечує спадкоємність між установами загальної лікувальної мережі та стоматологічними поліклініками та кабінетами різних форм власності в питаннях лікування пацієнтів з дефектами ЩЛЛ різного генезу; створення методики визначення потреби в медичних кадрах для проведення спеціалізованого прийому і задоволення потреби в щелепно-лицевому протезуванні; визначення категорії щелепно-лицевого протезування залежно від виду та складності оперативного втручання в щелепно-лицевій ділянці.

Є певні складнощі в статистичному обліку реєстрації причин виникнення дефектів ЩЛЛ. Основні серед них: реєстрація власне причин дефектів ЩЛЛ і термінологічна невідповідність, що негативно впливає на систему організації надання спеціалізованої допомоги. Необхідність окремого спеціального обліку даних патологічних станів повинні проводити фахівці, оскільки на практиці це дозволяє чітко прогнозувати частку хірургічної та ортопедичної стоматологічної допомоги в структурі надання медичної допомоги, необхідні для цього ресурси та в цілому здійснювати планування лікування і реабілітації кожного окремого пацієнта. Ситуація ускладнюється тим, що інформація про причини виникнення дефекту ЧЛЛ не є обов'язательною в існуючих статистичних формах і виходить ться з різних джерел.

Ми вважаємо, що вирішення цього питання можливе шляхом розробки спеціальної документації для установ, в яких проводиться оперативне лікування і подальше ортопедичне лікування та інші види реабілітації пацієнтів. Обмін інформацією легко доступний завдяки розвитку сучасних ІТ-технологій в будь-якому регіоні країни.

На нашу думку, тільки створення і впровадження чіткого алгоритму надання вичерпної медичної допомоги пацієнтам з дефектами ЩЛЛ, дозволить розробити комплекс заходів з вивчення і можливого поліпшення якості життя цього контингенту пацієнтів.

ВИКОРИСТАННЯ ПЕКТИНОВИХ РЕЧОВИН ПРИ ЛІКУВАННІ АЛЬВЕОЛІТІВ

**Гайошко О.Б., Пюрик В.П., Косенко С.В., Гаврилів Г.М., Альхалелі Вісам
Абдалкаріам Алджабар**

*Кафедра хірургічної стоматології
Кафедра стоматології післядипломної освіти
Івано – Франківського національного медичного університету*

Альвеоліт являється типовим ускладненням операції видалення зуба і складає від 1,3 до 5,25 %. Захворювання виникає в результаті інфікування кров'яного згустку в комірці видаленого зуба, з подальшим некрозом і розповсюдженням запального процесу на кісткову тканину альвеоли. Процес супроводжується вираженим больовим синдромом, іррадіацією болю по ходу трійчастого нерву, запальною реакцією в області комірки а також невеликим колатеральним набряком навколишніх м'яких тканин. При цій патології загальний стан хворих не страждає, тому весь комплекс лікувальних заходів направлений на зменшення місцевого вогнища. Найбільш розповсюдженою тактикою лікування при альвеолітах є загоювання комірки зуба вторинним натягом під йодоформною турундою. На основі багаторічного досвіду лікування альвеолітів за допомогою цієї методики варто відзначити, що йодоформ володіє сильно вираженою антимікробною дією. Разом з тим, такі властивості, як алергічні, подразнюючі та припікаючі є небажаними в процесі загоювання, бо призводять з часом до значного склерозу кісткової тканини.

Поява нових епітелізуючих засобів з якісними протимікробними властивостями та анальгезуючою дією дозволяє оптимізувати традиційні методи лікування альвеоліту. До таких лікарських засобів відносяться пектини, а також розроблена нами пектинова пов'язка в склад якої входить фармакопейний яблучний пектин (Гайошко О.Б. 2019).

Метою нашої роботи була оптимізація лікування альвеолітів шляхом використання пектинвмісних речовин на різних етапах лікування альвеоліту.

Робота проведена на базі кафедри хірургічної стоматології ІФНМУ, де при лікуванні альвеолітів, наряду з традиційним лікуванням, була використана методика лікування за допомогою пектинових речовин. Нами проаналізовані результати лікування 43 хворих дітей та дорослих. Пацієнти були розділені на дві групи: контрольну, в котрій лікування проводили з використанням йодоформу та основну, в який для лікування використовували пектинвмісні препарати. Після звернення пацієнта і постановки діагнозу «альвеоліт», початковий етап лікування був традиційним. Під місцевою провідниковою анестезією з

комірки акуратно видаляли залишки некротизованого кров'яного згустку, зкушували гострі виступаючі краї альвеоли. Після цього комірка промивалася розчином антисептика (р-н фурациліну) і покривалася пектиновою пов'язкою. Пацієнту були надані рекомендації по гігієнічному догляду за ротовою порожниною (використовувати гігієнічно-профілактичний засіб для чищення зубів Pекto-Dent). Пектинові речовини, що містяться в ньому запобігають власній агрегації мікроорганізмів та не концентруються в ділянці рани, що не сприяє її додатковому інфікуванню. Згідно наших попередніх досліджень мікроорганізми з порожнини рота під дією пектинвмісних речовин знаходяться під впливом пектинів у підваженому стані. Перев'язки проводилися через день. Важливо відмітити, що больовий синдром з іррадіацією болів по ходу трійчастого нерву в основній групі зникали за 1-2 дні, що являється ведучим позитивним фактором для пацієнта. Даний факт пояснюється тим, що пектинові речовини мають активні сорбційні властивості наряду із гідрофільністю, що призводило до дегідратації та деінтоксикації ранової поверхні. В той самий час, в контрольній групі, при використанні йодоформної турунди, біль в області комірки з відповідної половини щелепи турбував пацієнта протягом 5-6 днів від початку лікування. Йодоформ не володіє вище названими властивостями пектинвмісних препаратів. В основній групі епітелізація комірки молодою грануляційною тканиною з її дна під дією пектинових речовин йшла активно і закінчувалася на 6-7 добу. Фактор швидкої епітелізації є дуже важливим, оскільки кісткова тканина альвеоли вже не залишається оголеною і не інфікується залишками їжі. Запальні явища були зменшені на 3-4 добу. Зникла гіперемія і набряк слизової оболонки альвеолярного паростка, пальпація ставала безболісною. В контрольній групі цей процес розтягувався на час вдвічі довший за час загоювання в основній групі. Йодоформ володіє сильними припікаючими властивостями, що веде до затримки росту молодої грануляційної тканини. На противагу цьому, пектинові речовини володіють направленими регенеративними властивостями. Важливим фактором була відсутність алергічних реакцій у хворих на пектинові речовини, тоді як використання йодовмісних медикаментів в контрольній групі спровокувати алергічні реакції у 2 хворих. При лікуванні пацієнтів основної групи з використанням пектинових речовин, терміни терапії скорочувалися не менше ніж на 1/3 від тривалості лікування традиційними методами, що позитивно відображалось на відновленні працездатності і зменшення часу тимчасової непридатності. Крім того, негативних смакових якостей від пектинових речовин пацієнтами не було відмічено. В той самий час, пацієнти контрольної групи, яким було застосовано йодоформні туруни при лікуванні альвеоліту, скаржилися на неприємний запах і смак від застосованих лікарем ліків.

Таким чином, після проведення клінічного експерименту на всіх етапах лікування ми рекомендуємо для лікування альвеоліту в амбулаторній стоматологічній практиці використання пектинових речовин. Проводячи порівняльну оцінку методик лікування альвеолітів традиційним методом з використанням йодоформної туруни і з використанням пектинових речовин, можна зробити наступні висновки: 1. При використанні пектинових речовин посилення больового синдрому значно зменшувалася на 1-2 добу. 2. Терміни епітелізації комірки скоротилися майже в два рази. 3. При лікуванні пацієнтів з використанням пектинових речовин, терміни терапії скорочувалися не менше ніж на 1/3 від тривалості лікування традиційними методами. 4. Запропонований нами метод лікування альвеолітів доцільно рекомендувати в практичну охорону здоров'я.

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕЄСТРАЦІЇ МАКСИМАЛЬНОЇ ІНТЕРКУСПІДАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЧАСТКОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ

Глушко Т.Р., Вовк Ю.В., Вовк В.Ю.

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького*

Актуальність проблеми. Часткова відсутність зубів (адентія) є одним з найпоширеніших захворювань, на яку, за даними ВООЗ, страждають до 75% населення Землі [3]. У деяких областях України поширеність малих і середніх дефектів зубних рядів у бокових ділянках сягає понад 70% [1]. Вважається, що більшість пацієнтів з частковою адентією потребують ортопедичного лікування [2], що завжди передбачає зміну оклюзійних схем. Правильне фізіологічне відновлення оклюзії вимагає від стоматологів та зубних техніків надзвичайної точності і ретельності, адже оклюзійні пропорції змінюються з кожною процедурою, тоді як найменша похибка вимірювання всього в кілька мікронів може спричинити дисфункції, зокрема скронево-нижньощелепний біль. Водночас, попри беззаперечну необхідність оцінювання артикуляції зубів на сьогодні вимірювання сили оклюзії зубів часто вимагає складних і суб'єктивних рішень, залишаючись значною науковою проблемою.

Наукова новизна роботи полягає в обґрунтуванні застосування ортопедичних стоматологічних технологій при діагностиці стоматологічних захворювань пацієнтів, обумовлених дефектами зубощелепової системи.

Мета. Клінічне дослідження ефективності встановлення міжщелепових співвідношень у пацієнтів за допомогою обраних реєструвальних матеріалів.

Матеріали й методи дослідження. З метою клінічного визначення результатів реєстрації міжщелепових співвідношень у позиції МІК проводили маркування антагонуючих зубів у бічних і фронтальному відділах щелеп у 10 осіб різної статі, віком 27-59 років. Далі вздовж ділянок маркування на оклюзійних поверхнях верхніх кутніх зубів послідовно розташовували реєстраційні біоматеріали – конденсований силікон (Консіфлекс, Україна), металізований віск Aluwaх (ADsystems, Німеччина), полівінілсилоксан (Futar D, “Kettenbach GmbH & Co. KG”) з досягненням максимального змикання антагоністів. Після їх полімеризації визначали біометричне відхилення міток (БВМ) від комплементарного положення в досліджуваних ділянках за допомогою калібраційної лінійки з точністю $\pm 0,01$ мм. Результати опрацьовані способом варіаційно-статистичного аналізу за параметричним критерієм Стюдента з довірчим інтервалом репрезентативної значущості ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення. При застосуванні реєстраційного матеріалу Футар Д БВМ у ділянці 16-46 зубів становив $(0,03 \pm 0,03)$ мм, 26-36 – $(0,035 \pm 0,03)$

мм ($p < 0,75$), в області 13-44 зубів – ($0,05 \pm 0,03$) мм, а 23-34 – ($0,04 \pm 0,03$) мм ($p < 0,5$). В ділянці 21-31 зубів було встановлене значення БВМ у межах ($0,01 \pm 0,03$) мм (табл. 1).

Таблиця 1

Результати клінічного порівняльного аналізу показників БВМ при застосуванні досліджуваних реєстраційних біоматеріалів, мм

Реєстраційний біоматеріал	Групи зубів				
	моляри справа	ікла (3)	центральні різці (1)	ікла/премоляри (3,4)	моляри зліва
Футар Д	$0,03 \pm 0,03$	$0,05 \pm 0,03$	$0,01 \pm 0,03$	$0,04 \pm 0,03$	$0,035 \pm 0,03$
Консіфлекс	$0,065 \pm 0,04$	$0,08 \pm 0,03$	$0,03 \pm 0,05$	$0,07 \pm 0,03$	$0,05 \pm 0,05$
Металізований віск	$0,085 \pm 0,02$	$0,10 \pm 0,03$	$0,04 \pm 0,05$	$0,08 \pm 0,03$	$0,07 \pm 0,03$

При застосуванні реєстраційного матеріалу Консіфлекс показник БВМ в області молярів справа складав ($0,065 \pm 0,04$) мм, зліва – ($0,05 \pm 0,05$) мм ($p > 0,49$). Цей показник у ділянці верхні ікла – нижні премоляри справа становив ($0,08 \pm 0,03$) мм, з лівого боку – ($0,07 \pm 0,03$) мм ($p > 0,53$). У ділянці 21-31 зубів показник БВМ визначався в межах ($0,03 \pm 0,05$) мм.

При застосуванні металізованого воску показник БВМ в області молярів справа складав ($0,085 \pm 0,02$) мм, зліва – ($0,07 \pm 0,03$) мм ($p > 0,28$), у ділянці верхні ікла – нижні премоляри справа – ($0,10 \pm 0,03$) мм, з лівого боку – ($0,08 \pm 0,03$) мм ($p > 0,21$), у ділянці 21-31 зубів – визначався в межах ($0,04 \pm 0,05$) мм.

Порівняльне вивчення БВМ при використанні реєстраційних матеріалів Футар Д і металізований віск дозволило встановити наявність достовірних відмінностей у ділянках 16-46 ($p < 0,01$), 26-36 ($p < 0,04$), 13-43/44 ($p < 0,01$), 23-34 ($p < 0,02$) зубів. У ділянці 21-31 зубів спостерігалася відсутність статистичної відмінності параметрів БВМ ($p < 0,14$). При порівнянні реєстраційних матеріалів Футар Д і Консіфлекс була виявлена неприсутність достовірних відмінностей у ділянках 16-46 ($p < 0,06$), 26-36 ($p < 0,46$), 13-43/44 ($p < 0,07$), 23-34 ($p < 0,06$) і 21-31 ($p < 0,32$) зубів. Порівняльне вивчення показників БВМ при використанні реєстраційних матеріалів Консіфлекс і металізований віск засвідчило відсутність достовірних відмінностей у ділянках 16-46 ($p < 0,21$), 26-36 ($p < 0,33$), 13-43/44 ($p > 0,21$), 23-34 ($p < 0,53$), 21-31 ($p < 0,68$) зубів.

Висновки. При клінічному міжгруповому дослідженні при застосуванні реєстраційних матеріалів Футар Д і металізований віск була встановлена наявність статистично репрезентативної відмінності показників біометричного відхилення міток пари

зубів-антагоністів у ділянках 16-46, 26-36, 13-43/44 і 23-34 зубів, на що слід звернути увагу при проведенні клінічного моніторингу комплементарності міжщелепових співвідношень при використанні зазначених реєстраційних біоматеріалів.

Виявлено, що в пацієнтів з дефектами зубних рядів при клінічному дослідженні при застосуванні реєстраційного матеріалу Футар Д спостерігався менший оптимум (нижня межа – 0,00 мм, верхня межа – 0,08 мм) розбіжностей показників біометричного відхилення міток, що вказувало на кращу комплементарність при реєстрації максимальної інтеркуспідації даного матеріалу порівняно з Консіфлексом (нижня межа – 0,00 мм, верхня межа – 0,11 мм) та металізованим воском (нижня межа – 0,00 мм, верхня межа – 0,13 мм).

1. Заблоцький ЯВ, Дидик НМ. Поширеність та структура дефектів зубних рядів у населення м. Львова та Львівської області. Вісн. стоматології. 2005;(4):77-87. (Ukrainian).

2. Applegate OC. Essentials of removable partial denture prosthesis. 3d ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1965. xiv, 436 p.

3. Lo EC, Schwarz E. Tooth and root conditions in the middle-aged and the elderly in Hong Kong. Community Dent Oral Epidemiol. 1994 Oct;22(5 Pt 2):381-5. doi: 10.1111/j.1600-0528.1994.tb01597.x.

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Ідашкіна Н.Г., Чернов Д.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Актуальність проблеми обумовлена значною поширеністю травматичних уражень щелепно-лицевої ділянки, частка переломів нижньої щелепи (ПНЩ) серед яких складає 74-95 % випадків. Саме тому пошук нових, більш досконалих методів лікування ПНЩ залишається сучасним науково-практичним трендом, що спонукає до розробки інноваційних ефективних та безпечних методик остеосинтезу НЩ. Цей науковий напрям залишається пріоритетом у доробках кафедри хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології ДЗ «ДМА», в останні роки було розроблено авторські способи хірургічного лікування ПНЩ, які забезпечують надійну фіксацію та стабільність відламків НЩ і дозволяють знизити виникнення ускладнень протягом всього періоду лікування.

Мета роботи – покращення ефективності лікування ПНЩ шляхом розробки та клінічної апробації методик малоінвазивного остеосинтезу із використанням резорбуємої пластини-мембрани з полімолочної кислоти.

Для клінічної апробації запропонованої методики малоінвазивного полімеростеосинтезу у пацієнтів з ПНЩ (Патент України на корисну модель № 96510) було проведено дослідження у 15 пацієнтів з ПНЩ із значним (понад 5 мм) зсувом відламків. Для здійснення способу хірургічного лікування ПНЩ застосовується будь-який з остеопластичних матеріалів (Hipro-Oss/Alpha Bio's «GRAFT» або «Von-Bond» (Ізраїль)) та резорбуєма пластина-мембрана з полімолочної кислоти PDLLA «KLS Martin Group» (Німеччина) 2,0-3,0 мм завтовшки. Хірургічний протокол передбачав внутришньоротовий доступ. Після антисептичної обробки порожнини рота розчином 0,02 % хлоргексидину біглюконату, під торусальною та інфільтраційною анестезією 4 % Sol. Ubistesini (3-4 ml), виконували L-подібний (в ретромолярній області) або трапецієподібний (у фронтальному відділі) розтин слизової оболонки нижньої щелепи в ділянці ПНЩ. Відшаровували слизово-окістний клапоть, частково скелетували вестибулярну та язичну поверхні нижньої щелепи по обидва боки від лінії зламу. З лінії перелому у разі наявності видаляли зуб, нежиттєздатні тканини, кров'яні згустки. Вільнорозташовані кісткові та крихтоподібні відламки стінок альвеол збирали та переробляли за допомогою кісткового млина до чіпсів (1,5 мм), вітальні фрагменти передньої стінки альвеоли та міжзубної перегородки (навіть рухливі) залишили на місці. Проводили ручну репозицію відламків щелепи. Лінію перелому та зону кісткового

дефекту заповнювали отриманою аутокісткою та, у разі необхідності, остеотропним матеріалом Alpha Bio's «GRAFT» (0,5 г) до повного відтворення анатомічного об'єму. Фіксацію відламків здійснювали за допомогою мембрани з полімолочної кислоти. У разі наявності зубів пластину-мембрану на лінії перелому адаптували до поверхні щелепи відповідно до лінії перелому лише з вестибулярного боку (Рис. 1д), у разі давньої відсутності зубів (Рис. 1а,б) або альвеоли після «свіжого» видалення (Рис. 1в,г) – перекриваючи лінію перелому та межі дефекту кістки з вестибулярного боку на язичний так, щоб краї мембрани перекривали лінію ПНЩ з кожного боку на ~15 мм. Після розігрівання пластину-мембрану укладали на альвеолярний відросток щелепи, домагаючись її щільного контакту з кістково-пластичним матеріалом. Після затвердіння пластину-мембрану фіксували 4 пінами з ПМК або титану (з вестибулярного і язичного боків щелепи) таким чином, щоб вони розташовувалися по обидва боки від лінії перелому навпроти один одного. Перед ушиванням застигли краї мембрани згладжували фрезою. Слизово-окістний клапоть мобілізували та укладали поверх пластини-мембрани і фіксували вікриловими П-подібними швами. Варіанти розташування резорбуємої пластини-мембрани з полімолочної кислоти у різних клінічних випадках наведено на рисунку 1.

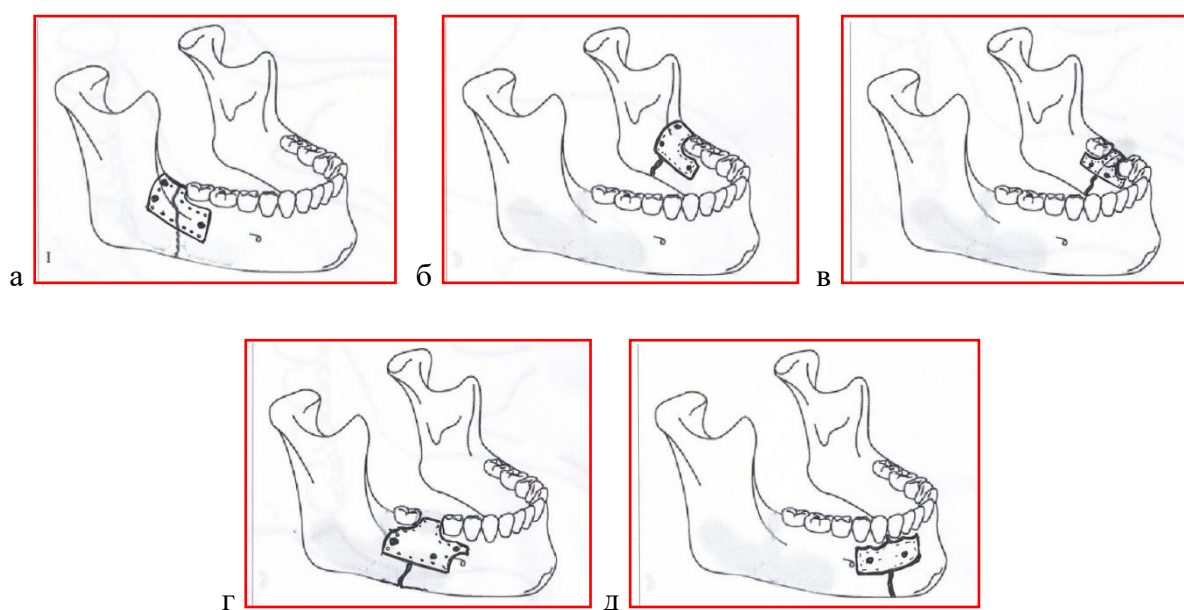


Рис.1. Варіанти розташування пластини-мембрани з полімолочної кислоти в залежності від клінічної ситуації (пояснення у тексті)

В процесі репозиції контролювали відновлення прикусу. За необхідністю залучалися до додаткової міжщелепної фіксації за допомогою титанових пінів (MMF with IMF Screws)

або брекетів.

У всіх 15 пацієнтів прикус був відновлений повністю, протягом усього періоду спостереження була відсутня рухливість уламків. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Під час контрольних оглядів через місяць і через 6 місяців пацієнти скарг не пред'являли, зрощення уламків проходило шляхом контактного остеогенеза, без формування вираженого кісткового мозолу. В жодному з випадків не було потрібно додаткового оперативного втручання для видалення фіксаторів.

Таким чином, можна рекомендувати до широкої клінічної практики нову концепцію малоінвазивної хірургії ПНЩ із використанням методик остеосинтезу із використанням резорбуємої пластини-мембрани з полімолочної кислоти, яка дозволяє зменшити об'єм інтраопераційної травми, забезпечує стабільну фіксацію кісткових відламків на всіх стадіях репаративного остеогенезу та проведення раннього функціонального навантаження для мінімізації ускладнень протягом всього періоду лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ПРОТОКОЛУ ЛІКУВАННЯ ПРИ НАЯВНОСТІ МАЛИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ У ДІЛЯНЦІ ВІДСУТНІХ ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ

Ковалюк А.В., Ожоган З.Р.

*Кафедра ортопедичної стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету*

Вступ. Зубощелепні деформації являють собою патологію, правильне розуміння методів врахування якої значно спрощує ефективність лікування. Саме тому досить часто постає питання в доцільності використання зміщених зубів в процесі протезування. Значно спростити підбір протоколу лікування мали б систематизовані дані одного із показників, доступного у визначенні та раціонального в отриманих результатах.

Мета дослідження. Впровадження методик, які підвищують ефективність вибору методів лікування пацієнтів із зубощелепними деформаціями на основі отриманих даних при використанні індивідуальних шин-капп.

Матеріали та методи дослідження. На кафедрі ортопедичної стоматології ІФНМУ в ході проведення стоматологічної практики обстежено 235 осіб, що звернулися з приводу порушення функцій жування чи естетики, серед яких у 193 пацієнтів 18-79 років встановлено наявність дефектів зубних рядів. Для оцінки ефективності використання індивідуальних знімних шин-кап для систематизації даних зміни кута нахилу зміщених зубів обрано 74 пацієнти із діагностованими зубощелепними деформаціями, відсутністю першого постійного моляра та наявністю апроксимально розташованих зубів. Для порівняння взято дані 43 осіб, клінічна картина яких характеризувалася наявністю дефектів зубних рядів при відсутності ускладнень у вигляді деформацій. Фіксація наявності деформацій проведено згідно методу оцінки відстаней між зубами, що оточують дефект, запропонованого Мірчук Б.М. та Завойко О.Б., на діагностичних моделях та оклюзійних відбитках. Коригування положення здійснено при використанні індивідуальної знімної шини-капи за власним методом. Оцінка зміни кута нахилу зубів здійснювалася за розробленою формулою, в розрахунку якої використовувалися дані товщини шару емалі зубів, що оточують дефект (відстань СК) та відстані між точками на апроксимальних поверхнях в різних ділянках розміщених в дефекті зубів (відстань ВС та CD).

Результати дослідження. Встановлено, що в нормі кут нахилу зуба рівний $77,3 \pm 1,4^\circ$ при його фізіологічному положенні паралельно своїй вертикальній осі та перпендикулярно поверхні альвеолярного відростка. Відповідно, при порівнянні даного показника з даними при наявності зубощелепних деформацій встановлено значні відхилення від норми, що зумовлено зменшенням відстаней ВС та CD, на рівні $48,6 \pm 2,2^\circ$. Після проведення підготовки

до протезування із використанням індивідуальних знімних шин-капп дані достовірно підвищилися на становили $72,9 \pm 4,7^\circ$. При цьому відзначаємо критичний рівень нахилу зубів, при якому ефективність зміни положення зуба була нульовою, що становив $39,8 \pm 1,7^\circ$ та був відносним показом до хірургічного видалення у зв'язку зі складністю у використання як опорного чи утримуючого елемента під будь-яких вид ортопедичної конструкції. Всі наведені дані систематизовані в таблиці зміни позиції зубів при зубощелепних деформаціях із зазначеними протоколами діагностики та лікування для кожного із діапазонів відхилення кута нахилу зубів від норми.

Висновки. Дані, що були отримані при проведенні підготовки до лікування вище наведених пацієнтів свідчать про ефективність застосування індивідуальних знімних шин-кап в лікуванні осіб з дефектами зубних рядів. Однак, існують клінічні ситуації, описані таблицями зміни положення зубів при зубощелепних деформаціях, що характеризуються критичними показниками зміни кута нахилу зміщеного зуба, при яких доцільно провести негайне видалення зуба задля скорочення термінів ортопедичного лікування.

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ, ЯК ГАРАНТІЇ УСПІХУ ДІЙ ЛІКАРЯ В ПРАКТИЧНІЙ ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Косенко С.В., Гайошко О.Б., Гаврилів Г.М., Музиченко Н.І.

*Кафедра стоматології післядипломної освіти
Кафедра хірургічної стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету*

Сучасні технології лікування і профілактики мають підвищити результативність дій лікаря та вказувати на його професіоналізм. При використанні новітніх технологій лікування та реабілітації хворих, у лікаря з'являється більша вірогідність підняття питання про гарантії в практичній охороні здоров'я. На даному етапі розвитку проблеми загоювання ран при видаленні зубів вважають на загальноекономічні та соціальні фактори впливу, наявність інтоксикації організму та засоби лікування з метою усунення багато чисельних ускладнень на етапах лікування. Як правило дослідники зосереджуються на одному з них.

Запропонований нами новітній підхід до курації хворих при видаленні зубів мав враховувати не одну групу, а три види груп факторів впливу при загоюванні ран та об'єднати їх доцільними заходами та засобами. Під заходами ми розуміли алгоритм дій лікаря-стоматолога на етапах курації хворого при екстремому та плановому оперативному втручанні. Засоби мали створювати умови для загоювання ран на кожному з етапів курації пацієнта за допомогою однієї групи фармакологічних речовин. До цих вимог абсолютно підходили пектинвмісні речовини. Провідні фармакологи, вважають застосування пектинів перспективним для наукових досліджень в медицині. В фармакопеї пектини займають місце допоміжних засобів. Із усіх пектинів в Україні фармакопейним визнано тільки яблучний пектин. Поєднання доцільних засобів та заходів мали відповідати поняттю: технології лікування.

В своєму виборі, ми враховували властивості пектинів, оскільки цілком доцільним було їх використання на всіх етапах надання стоматологічної послуги при операції видалення зуба. Попередні наші дослідження свідчили про їх якісні гігієнічно-профілактичні властивості. (Автореферат дис. канд. мед наук Гаврилів Г.М. 2003), в подальшому вивчалися лікувальні властивості пектинвмісних речовин при видаленні зубів. (Автореферат дис. канд. мед наук Гайошко О.Б. 2019),

Метою даної роботи є представлення розробленої нами новітньої технології лікування при видаленні зубів в роботі хірурга-стоматолога в умовах сучасної поліклініки.

Для лікування і профілактики патологічних процесів в порожнині рота на основі фармакопейного яблучного пектину була розроблена нетвердіюча стоматологічна пов'язка. (Патент на корисну модель № 16836, № 20911, Сорока О.Б., Косенко С.В.). Створена лікарська форма у вигляді нетвердіючої стоматологічної пов'язки, що здатна одночасно впливати на основні ланки патологічного процесу у рані і забезпечувати у вогнищі запалення стабільну пролонговану дію лікарських засобів. (Інформаційний лист № 193, Сорока О.Б., Косенко С.В.). Гігієнічно-профілактичний та професійний засоби у вигляді порошку, як фармакопейної форми, мають промислові зразки.

Використання «Пектоденту» (зубний пророшок-гель) в якості гігієнічно-профілактичного засобу. При плановому видаленні зубів в основній групі, усунення м'якого зубного нальоту хворими проводилося самостійно в домашніх умовах протягом 3 діб. Їм пропонували чистити зуби два рази на день гігієнічно-профілактичним засобом «Пектодент» (зубний порошок-гель) вранці та ввечері. При чищенні зубів рекомендували орієнтуватися на утворення в порожнині рота стійкої піни. В подальшому, після мануального втручання лікаря стоматолога, рекомендували що тижня змінювати зубні щітки протягом місяця. При екстреному видаленні, рекомендували після введення анестетика, тримати в порожнині рота гігієнічно-профілактичний засіб до початку проведення екстракції у кількості 0,2 г. протягом 15-20 хв. Клінічні та цитологічні дослідження показали, що за цей час у хворого відбувається активна саливація та механічна евакуація значної кількості мікробного вмісту з ротової порожнини.

Використання «Пектоденту» (яблучного пектину) всередину. Одночасно хворим пропонували застосовувати «Пектодент» (яблучний пектин) всередину в дозі 3-5г. на день, за 30 хв. перед вживанням їжі, шляхом затримки порції в порожнині рота. Курс прийому всередину - 30 діб.

Використання «Пектоденту» (для пов'язок), в якості формо утворюючого засобу для пов'язок. На лунку видаленого зуба слід наносити нетвердіючу пов'язку. За органолептичними та фізико-хімічними показниками пов'язка для лікування патологічних процесів в порожнині рота відповідає вимогам нормативно-технічної документації: маса світло-жовтого кольору без ознак фізичної нестабільності (без розшарування, агрегації частинок, опалесценції), однорідної консистенції, характерний колір і запах пов'язки (не має згірклого запаху), рН - 3,5 - 4,0. Дана пов'язка не потребує зняття. Вона самостійно розсмоктується і протягом певного часу заковтується пацієнтом. Відбувається екзо- та ендогенний вплив. Експозиція утримання пов'язки залежить від кількості водного розчину. Чим більше мас.% води, тим м'якша пов'язка (в межах рецептури). Стоматологічна

нетвердіюча пов'язка в порожнині рота може триматися від 0,5 годин до 10 годин. В процесі лікування кожне відвідування закінчувалося накладанням пов'язки. Курс лікування - 1-2 доби. Позитивні результати оперативних втручань в порожнині рота із застосування пектинвмісної пов'язки при загоюванні ран забезпечувалися: відокремленням ранової поверхні від порожнини рота (є бар'єром для проникнення мікроорганізмів і, відповідно, захистом від інфекції); відсутністю субстрату, що забезпечує зростання мікрофлори; зменшує терміни лікування на 1/3 від лікування традиційними методами. Таким чином, під час курації хворих, умови загоювання ран були забезпечені наявністю в лікарських засобах пектинових речовин.

Висновок: Процес загоювання операційних ран після видалення зубів в порожнині рота забезпечувався алгоритмом дій лікаря у до операційному, післяопераційному та періоді реабілітації. Запропоновані технології лікування та реабілітації прості у використанні для лікаря і доступні для пацієнта.

**ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ, ІМУНОЛОГІЧНИХ ТА МЕТАБОЛІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ
ПЛИНУ ЗАГОСТРЕНОГО ТА АГРЕСИВНОГО
(ШВИДКОПРОГРЕСУЮЧОГО) ВАРІАНТІВ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО
ПАРОДОНТИТУ**

Кучеренко Т.О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Актуальність. Генералізований пародонтит є одним з найбільш поширених і складних стоматологічних захворювань. Дослідженнями останніх років показано важливе значення імунних механізмів у розвитку та наслідків хронічного генералізованого пародонтиту. Встановлено, що порушення в системі місцевого гуморального імунітету, радикального окислення ліпідів та антиоксидантного захисту, а також складних антимедіаторних взаємодій, що супроводжуються накопиченням в ротовій рідині і крові прозапальних цитокінів ІЛ-1 β і ФНП- α , є ключовими факторами в патогенезі запально-деструктивних і регенераторних процесів в пародонті. Разом з тим, роль названих відхилень в патогенезі загостреного і швидко прогресуючого генералізованого пародонтиту вивчена недостатньо.

Мета дослідження: оцінити патогенетичну значимість порушень локальних компонентів імунної системи, цитокінового профілю, процесів радикального і антиоксидантного статусу, особливостей ремоделювання кісткової тканини у хворих з агресивним перебігом генералізованого пародонтиту.

Матеріали і методи дослідження. В дослідження було включено 62 хворих на загострений перебіг хронічного генералізованого пародонтиту та 61 пацієнт, що страждають на швидкопрогресуючий генералізований пародонтит I-II ступеня тяжкості, без супутньої загально соматичної патології. Обстежено 82 (66,7%) жінки і 41 (33,3%) чоловік у віці від 35 до 50 років. Середній вік склав $47,9 \pm 2,8$ років. Контрольну групу сформували з 20 практично здорових донорів-добровольців.

Обстеження клінічного стану пародонтальних тканин здійснювалося за загальноприйнятою методикою з використанням основних і додаткових методів дослідження. Глибину пародонтальних кишень вимірювали традиційним способом використовуючи зонд Goldman-Fox та системи «Florida Probe». Проводили рентгенологічні дослідження: ортопантомографію та комп'ютерну томографію (визначення індексу Хаунсфілда). Також виконувався комплекс лабораторного супроводу, який включав вивчення стану місцевого гуморального імунітету, про- і антиоксидантної активності плазми

і еритроцитів крові, продукції основних регуляторних цитокінів (ІЛ-1 β , ФНП- α , ІЛ-4) і процесів кісткового ремоделювання. Визначення рівнів концентрації в ротовій рідині імуноглобулінів SIgA, IgA, IgG і IgM проводилося методом твердофазного імуноферментного аналізу.

Результати дослідження. Підсумковий аналіз скарг, у хворих обох груп, показав, що симптоми виявляються з однаковою частотою і характеризують, в основному, активність прояву запальної реакції в ясенній тканини. Виявлені зміни значень клінічних та параклінічних ознак як у хворих обох груп практично не мали відмінностей і тому вони не можуть повною мірою слугувати специфічним діагностичним критерієм тільки одного з варіантів перебігу запально-деструктивного процесу в пародонті.

Визначення індексу Хаунсфілда використовувалося для уточнення діагнозу і перебігу генералізованого пародонтиту. Зниження індексу менше 300 од. вказує на наявність швидко прогресуючого генералізованого пародонтиту, вище 300 од. – на загострений варіант хронічного генералізованого пародонтиту та його відносно стабільний прояв. В результаті дослідження маркерів кісткового метаболізму встановлено, що у хворих на швидкопрогресуючий генералізований пародонтит концентрація маркера резорбції β -CL в сироватці крові різко підвищена (в середньому $3,86 \pm 0,2$ нг/мл), перевищуючи значення отримані у хворих на загострений хронічний генералізований пародонтит в 1,7 разів і 3,4 рази показник здорових. Значні зрушення в системі ПОЛ-АОЗ притаманні хворим на швидко прогресуючий генералізований пародонтит, помірні – пацієнтам з загостреним перебігом хронічного генералізованого пародонтиту.

Проведене дослідження дозволило розширити уявлення і про патогенетичні ланки деструктивного процесу в пародонті, розкрити механізми його прискорення: виявлено, що в основі його лежить надлишок продукції ІЛ-1 β і ФНП- α , виражене підвищення інтенсивності перекисного окислення ліпідів на тлі зниження активності ферментів антиоксидантної системи захисту і роз'єднання процесів кісткового ремоделювання за рахунок підвищення кісткової резорбції і зниження кісткоутворення.

Висновки

1. Обидва варіанти характеризуються однотипними клінічними симптомами і однаковим станом ясенних і пародонтальних індексів.
2. У хворих на швидкопрогресуючий генералізований пародонтит активність запально-деструктивного процесу, швидкість втрати пародонтальної кісткової тканини обумовлені

різними за силою розладами функціонального стану місцевого секреторного імунітету, процесів вільно-радикального окислення у системи антиоксидантного захисту та змінами цитокінового профілю.

3. У обох варіантів виявляється дисфункція кісткового ремоделювання. Найбільш істотне роз'єднання процесів кісткового ремоделювання виявляється у осіб з високими темпами деструкції кісткових структур пародонта.

4. З метою об'єктивізації темпів прогресування запально-деструктивних явищ в пародонтальному комплексі необхідно, поряд з анамнестичними даними, враховувати ступінь підвищення рівнів прозапальних цитокінів ІЛ-1 β і ФНП- α , а також особливості процесів кісткового метаболізму і остеопоротичних процесів, що виявляються за допомогою дентальної об'ємної томографії.

**ПОШИРЕНІСТЬ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА
ЮНАЦЬКОГО ВІКУ ЩО ПАЛЯТЬ.
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Лісецька І.С., Рожко М.М.

*Кафедра дитячої стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету*

Паління – це пагубна звичка, що набула характеру епідемії, до якої щорічно долучаються понад 500 тисяч молоді в Україні, на сьогодні сигарети розглядаються як наркотичні речовини, експертами ВООЗ дана ситуація оцінюється як критична (Щерба В.В., Лаврін О.Я., 2016; Пікас О.Б., 2016; Корольова Н.Д. та ін., 2019). Паління тютюну є дуже поширеним серед підлітків та дітей, кожна третя дитина 12-14 років і кожна друга дитина старша за 15 років палить сигарети. У підлітковому віці швидко виникає звикання до споживання сигарет. За статистикою біля 80 % людей починають палити сигарети у віці до 18 років (Пікас О.Б., 2016).

Разом з тим, спостерігається позитивна тенденція до зниження рівнів поширеності тютюнопаління серед підлітків та молоді, однак зниження поширеності паління традиційних сигарет в нашій країні відбувається на фоні зростання популярності альтернативних видів куріння, а саме електронні сигарети (Е-сигарети, вейпи), пристрої для нагрівання тютюну (IQOSi), а подекуди – вироби зі зниженим вмістом тютюну (нюхальний, жувальний тютюн тощо). Так, наприклад, кількість вейперів швидко зростає: якщо у 2013 році їх було 2,8 млн осіб, то у 2015 році – вже 5,1 млн. Частка підлітків, що курили електронні сигарети, становила 18,4 % (хлопці – 22,6 %, дівчата – 14,0 %, $p < 0,05$), що у 2 рази перевищує частку щоденних курців звичайних сигарет – 9,2 % опитаних (10,8 % хлопців і 7,7 % дівчат) (Добрянська О.В., 2018).

Ротова порожнина - це перший бар'єр на шляху тютюнового диму в організмі людини. Доведено, що паління негативно впливає на органи ротової порожнини, викликаючи специфічні для курців захворювання, а також сприяє виникненню, поглибленню та прогресуванню стоматологічних захворювань, наприклад тканин пародонту.

Тому **метою** дослідження стало вивчення поширеності катарального гінгівіту в осіб підліткового та юнацького віку, що активно палять.

Матеріали і методи: Для досягнення поставленої мети нами було оглянуто 75 підлітків та юнаків віком від 16 до 24 року без соматичних захворювань. Усі обстежені були розділені на чотири групи: в I групу ми включили 24 особи, що активно палять традиційні сигарети; в II групу – 14 осіб, що палять електронні сигарети (Vape); в III групу – 17 осіб, що

палять айкос (IQOS); в IV групі – 20 осіб що не палять. У кожній групі розподіл осіб за віком і статтю був рівномірним. Комплексне стоматологічне обстеження проводили відповідно рекомендацій ВООЗ, що включало визначення інтенсивності патологічного процесу в пародонті за допомогою індексу РМА в модифікації Parma, (1960), папілярний індекс кровоточивості РВІ (Papillary Bleeding Index) за Saxer, Muhlemann (1975), який є чутливим індикатором запалення ясен.

Результати дослідження свідчать про високу інтенсивність та розповсюдженість катарального гінгівіту в осіб підліткового та юнацького віку, що активно палять порівняно з особами що не палять. Так, у осіб I групи в 78,5 % випадків діагностовано катаральний гінгівіт, що в 1,2 раза вище ніж у осіб II та III груп, в 1,4 раза вище ніж у осіб IV групи, відповідно, 65,3 % серед осіб, що палять електронні цигарки; 62,8 % серед осіб, що палять айкос та 57,2 % серед осіб що не палять.

Висновок: наявність у осіб підліткового та юнацького віку шкідливої звички паління можна вважати одним з факторів розвитку катарального гінгівіту. Однак необхідне детальне дослідження механізмів негативного впливу як традиційних сигарет, так і альтернативних видів паління на стан тканин пародонту, з метою розробки схеми профілактики та лікування.

ВПЛИВ ОСТЕОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТРУКТУРУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Лучинський М.А., Лисоконь Ю.Ю., Лучинський В.М.

*Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ
України, м. Тернопіль*

Метою дослідження було встановлення ефективності застосування остеоіндуктивних матеріалів для відновлення дефектів кісткової тканини.

Об'єкт і методи дослідження. Для вирішення мети роботи проведені експериментальні дослідження на 54 тварини: контрольна група (12 особин) представлена інтактними тваринами; I група (14 щурів) – заповнення кісткового дефекту препаратом «mp3 OsteoBiol»; II група (13 тварин) – заповнення кісткового дефекту збагаченою тромбоцитами плазмою крові (ЗТП); III група – заповнення кісткового дефекту композицією «mp3 OsteoBiol + ЗТП» – 15 тварин. Для визначення мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), у ділянці дефекту кістки, при використанні остеотропних препаратів та їх композицій, було проведено денситометричне дослідження через 30, 60, 90 діб.

Результати дослідження. Через 30 діб досліджень нами було встановлено, що мінімальні значення МЩКТ досліджувались у тварин II групи – $80,0 \pm 10,00$ НУ, $p_1 < 0,01$, при оптимальних даних цього показника у щурів III групи – $179,95 \pm 18,75$ НУ, $p_1 > 0,05$, $p_2 < 0,01$. Водночас, максимальні значення МЩКТ визначали у тварин I та III експериментальних груп ($432,0 \pm 54,12$ НУ та $487,50 \pm 56,0$ НУ, $p_1 > 0,05$, $p_2 < 0,01$, відповідно). Звертало увагу, що на 30 добу спостережень середнє значення МЩКТ у тварин I та III груп не відрізнялось статистичною значущістю між собою, $p_1 > 0,05$, але було, у середньому, у 2,0 рази вище, ніж у тварин II групи, $p_1, p_2 < 0,01$.

Через 60 діб спостережень параметри МЩКТ покращувались в усіх експериментальних групах, однак у I та II групах максимальні та мінімальні дані МЩКТ не відрізнялись статистичною значущістю між собою, $p_1 > 0,05$, але були вірогідно нижче, ніж у тварин III групи, $p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,01$. Аналіз середніх даних МЩКТ, у даний термін спостережень, показав, що оптимальні значення цього параметру визначались у щурів III групи – $683,63 \pm 61,20$ НУ, $p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,01$, яке було вище у 1,5 рази та у 2,1 рази, ніж у I та II групах, відповідно.

Через 3 місяці досліджень було встановлено, що максимальне значення МЩКТ у інтактних тварин статистично не відрізнялось від аналогічного параметру у щурів III групи ($1199,25 \pm 63,70$ НУ і $1145,0 \pm 62,71$ НУ, відповідно, $p, p_1 > 0,05$, $p_2 < 0,01$). При цьому, у тварин I і II експериментальних груп максимальні значення МЩКТ були у 1,2 рази, $p < 0,05$, та у 1,4

рази, $p_1 < 0,05$, відповідно, нижче стосовно даних цього параметру у тварин контрольної групи. Мінімальні дані МЩКТ у щурів контрольної та III експериментальної групи дорівнювали між собою ($924,19 \pm 67,00$ HU і $849,26 \pm 59,22$ HU, $p > 0,05$, p_1 , $p_2 < 0,05$, відповідно). При цьому, дані цього параметру у щурів I та II піддослідних груп залишались у 1,5 рази менше стосовно даних у тварин контрольної групи, $p < 0,01$, $p_1 > 0,05$. Водночас, аналіз середніх даних МЩКТ показав, що значення цього параметру дорівнювали між собою у тварин контрольної та III піддослідних груп, $p > 0,05$, p_1 , $p_2 < 0,05$. У той же час, середнє значення МЩКТ у тварин I та II експериментальних груп було у 1,2 рази та у 1,3 рази, $p_1 > 0,05$, нижче, ніж у тварин контрольної групи, $p < 0,05$.

Таким чином, за даними денситометричних досліджень встановлено, що запропонована нами композиція, що містила „mp3 OsteoBiol” та збагачену тромбоцитами плазму крові, сприяла пришвидшенню процесу регенерації кісткової тканини, порівняно з групами, де застосовувались вищезгадані середники поодинці.

АТРАВМАТИЧНЕ ВИДАЛЕННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО НОЖА

Макогон Г.С., Челій А.О., Рудейчук Д.М.

Клініка «Естет Студіо». Місто Івано-Франківськ

Актуальність. Внаслідок зменшення розмірів щелепи людини, порівняно з її далекими предками, часто трапляється, що треті моляри не знаходять місця для нормального росту і в більшості випадків підлягають екстракції. Останні статистичні дослідження свідчать про зростання кількості операцій атипового видалення третіх нижніх молярів. Основними показами до екстракції третіх молярів є: 1) ускладнений карієс при значному викривленні кореневих каналів, 2) близьке розташування до сусідніх зубів, що викликає їх викривлення, 3) прорізування під кутом, що спричиняє травмування слизової оболонки щік, 4) негативний вплив на прикус. Видалення третіх молярів часто стає складним випробуванням для пацієнта і для хірурга-стоматолога. Причиною цього є декілька факторів: 1) складність оцінки тривалості хірургічного втручання, 2) ризик розвитку ускладнень під час операції, 3) важкий післяопераційний період.

Мета. Зменшити травматичність операції. Уникнути важких наслідків у післяопераційному періоді. Скоротити тривалість операції.

Методи. Дослідження проводилися на 23 пацієнтах (14 жінок, 9 чоловіків) у яких була повна ретенція і дистопія третіх молярів на нижній щелепі. У ході втручання в кожному випадку було проведено розріз скальпелем (15с) на 1,5 см від другого моляра, щоб сформувати клапоть над третім моляром. Потім провели вертикальний послаблюючий розріз від центру коронки 37 або 47 зуба, направляючи його вниз і медіально. Замість традиційного використання кулястого бора ми використали ультразвуковий ніж NSK Vario surg 3 з насадкою серії SG VarioSurg NSK для зняття кісткового даху і розширення простору між зубом і кортикальною пластиною. В 17 випадках з 23-х було проведено секціонування зуба за допомогою турбінного наконечника з ортопедичним бором. Далі закінчували екстракцію елеватором. Лунку промивали фізіологічним розчином. Ушивання проводилося так, щоб у вертикальному розрізі був простір для відтоку, для того, щоб зменшити післяопераційний набряк.

Висновок. У ході дослідження визначили, що використання ультразвукового ножа зменшує тривалість операції на 15-20%. Зменшує об'єм післяопераційної травми. Не

травмує м'які тканини. Таких ускладнень як гематома і альвеоліт не спостерігалося у жодного пацієнта

ОДОНТОГЕННІ ГАЙМОРИТИ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

Макогон Г.С., Рудейчук Д.М., Челій А.О.

Клініка «Естет Студіо». Місто Івано-Франківськ

Актуальність теми. Хворі з одонтогенним гайморитом (наслідок поширення інфекції із запального періодонту зубів у гайморову пазуху) складають 69% від загальної кількості хворих з верхньощелепними синуситами (за даними Бернадського Ю.І.). За спостереженнями оториноларингологів частота одонтогенних гайморитів коливається від 2 до 25 % від загального числа хворих із патологією верхньощелепних пазух. Більшість хворих з одонтогенними верхньощелепними синуситами потребують хірургічного лікування. Вивчення причини, частоти клінічних проявів одонтогенного гаймориту, своєчасна діагностика і правильне лікування є профілактикою таких захворювань як остеомієліт верхньої щелепи, флегмона очної ямки, злоякісні пухлини верхньої щелепи, невралгії трійчастого нерва, що і визначає актуальність даної теми.

Метою дослідження є: підвищення ефективності профілактики одонтогенних гайморитів шляхом визначення факторів ризику їх виникнення, оцінка ефективності хірургічного втручання.

Завдання дослідження: встановити частоту розвитку одонтогенних гайморитів; визначити інформативність різних методів променевої діагностики при встановленні діагнозу; оцінити ефективність хірургічного лікування одонтогенних гайморитів.

Об'єктом дослідження були хворі з одонтогенними гайморитами.

Матеріали і методи дослідження: обстежено 50 хворих з одонтогенними гайморитами, які були розподілені на 3 категорії: 1- чоловіки і жінки віком 15-25р.; 2- чоловіки і жінки віком 25-35р.; 3- чоловіки і жінки більше 35р., яким у комплексному лікуванні застосовано хірургічне втручання на верхньощелепній пазусі. Проведений аналіз клінічного матеріалу ілюструє зв'язок розвитку одонтогенного гаймориту з хронічним запаленням періодонта молярів та премолярів, з приводу чого проведено їх видалення. Причиною одонтогенних гайморитів у пацієнтів були: • хронічний періодонтит молярів і премолярів – 56%, • нагноєні кісти верхньої щелепи – 23%, • стороннє тіло в гайморовій пазусі –13%, • незакінчена екстракція коренів і проштовхування їх у гайморову пазуху – 6%, • ретиновані зуби –2%.

Результати дослідження та їх обговорення: у роботі розглянуті результати лікування 50 хворих з одонтогенними гайморитами, у яких при проведенні комплексної терапії були виконані хірургічні втручання на верхньощелепній пазусі. За даними комп'ютерної томографії та ортопантомограми встановлено: визначення співвідношення

верхівок коренів зубів верхньої щелепи і дна верхньощелепного синуса, визначення кількості та топографії кореневих каналів молярів верхньої щелепи і частоти ускладнень хронічного періодонтиту зубів верхньої щелепи із боку верхньощелепного синуса. Доведено: чим нижче дно верхньощелепної пазухи, тим більше можливостей її інфікування від причинного зуба. При порівнянні динаміки місцевих клінічних симптомів у хворих з одонтогенними гайморитами на 1-у добу у всіх пацієнтів спостерігалася різко виражена гостра запальна реакція з тенденцією до поширення на прилеглі до тіла щелепи клітковинні простори, а у окремих випадках відмічено ознаки гноєвиділення з рани між швами. Сума балів склала 3,0. Проте, вже на 3-ю добу було виявлено достовірну різницю у перебігу післяопераційного процесу. Застосування лікарських препаратів, які впливають на епітелізацію операційної рани (розчин Хлоргексидин 0,05%, мазь «Холісалу»), хворими з одонтогенними гайморитами, спостерігалось: до 3 доби незначна епітелізація 5,0, від 3 до 5 доби помірна епітелізація 4,0, від 7 до 10 доби виражена епітелізація 4,5*5,0. Проте, незважаючи на постійне впровадження в практику нових методик лікування, зменшення кількості хворих з даною патологією не спостерігається.

Висновки: за результатами проведених досліджень встановлено, що потрапляння ендогерметика у порожнину верхньощелепового синуса викликає розвиток ятрогенного гаймориту, про що свідчать запальні (наявність в інфільтраті еозинофільних лейкоцитів та лімфоцитів) й дегенеративні (у вигляді дегенерації та ексфоціації епітеліального шару) зміни; за результатами патогістологічного дослідження підтверджено клінічний діагноз; на підставі ретроспективного аналізу пацієнтів встановлено, що найбільш інформативним та доцільним методом рентгенологічної діагностики на етапах хірургічного лікування одонтогенних гайморитів є метод комп'ютерної конусно-променевої діагностики; аналіз комп'ютерних конусно-променевих томограм дозволив встановити, що у 56% осіб хронічний періодонтит зубів верхньої щелепи викликає ускладнення із боку верхньощелепного синуса.

НЕГАЙНА ДЕНТАЛЬНА ІМПЛАНТАЦІЯ

Макогон Г.С., Челій А.О., Рудейчук Д.М.

Клініка «Естет Студіо». Місто Івано-Франківськ

Актуальність. Стоматологічна імплантація - метод лікування хворих з частковою та повною втратою зубів. Прийнято хірургічні алгоритми і методи використання дентальних імплантатів. Так класичний протокол двоетапної імплантації вважається найбільш надійним і передбачуваним. Він був розроблений основоположником сучасної імплантології шведським вченим Branemark P.I. У більшості пацієнтів імплантація проводиться на місці зубів, які були видалені від одного року до десяти років. За цей проміжок часу відбувається значна атрофія альвеолярного відростка і розвиваються інші порушення ЩЛД. Метод негайної імплантації передбачає комбінацію двох хірургічних втручань, що в свою чергу зменшує травматизацію психіки пацієнта і тканин в ділянці операції. Скорочує період від втрати зуба до відновлення естетики і функціональності.

Мета. Провести аналіз сучасного стану негайної імплантації і виявити оптимальний хірургічний алгоритм на основі даних вітчизняної та зарубіжної літератури

Метод. Для написання даної тези були використані статті наукових журналів і збірників, монографії, автореферати дисертаційних робіт. Пошук проводили на порталах: Medline [56], Clinicalkey [54], eLIBRARY [55], disserCat [53], sci-hub.org [57], Медичні Дисертації [51], AAID.com [52], Springer Openjournals [58]. Пошук проводили з використанням різних ключових слів в різних комбінаціях. За ключовими словами «immediate implantplacement» було знайдено 1969 (Medline), 4570 статей (sci-hub.org), 167 документів (disserCat), 16 статей (Springer Open journals). За запитом «immediate implant protocol» було представлено 201 документ (Medline), 374 статей (AAID.com). Пошук по термінам «the positioning of the implant» дало результат: 26 статей (Springer Open journals), 391 документ (disserCat), 407 статей (Medline)

Висновок. Велика кількість експериментальних досліджень, інформація вітчизняної та зарубіжної літератури говорить про позитивний результат і вказує на можливість широкого застосування методу негайної дентальної імплантації в сучасній стоматології. Але на сьогоднішній день, як показує клінічна практика, відсутнє поняття чіткого, послідовного алгоритму дій в даній методиці. Багато практикуючих лікарів досить широко цікавляться даним методом, застосовуючи його в своїй практиці, але при цьому спираються на свої

навички і знання, виходячи з двоетапного методу імплантації. Це пояснюється тим, що існує проблема правильного позиціонування імплантату; ризик втрати первинної стабільності, недостатньо даних по вивченню динаміки процесів остеогенезу в різні терміни післяопераційного періоду, немає обґрунтування для оптимальних термінів навантаження, а також при розробці більшості відомих систем імплантатів, призначених для відтермінованої імплантації, не враховувалися особливості негайної імплантації.

ПОРІВНЯННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДИКИ ЗАКРИТОГО КЮРЕТАЖУ ТА НЕХІРУРГІЧНОЇ ПАРОДОНТАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Матвійків Т.І., Герелюк В.І., Нейко Н.В., Павелко Н.М.

*Кафедра терапевтичної стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету*

В сучасній пародонтологічній практиці нехірургічна пародонтальна терапія передбачає проведення комплексу послідовних втручань на пародонті: 1. Скейлінг і згладжування поверхні кореня. 2. Антимікробний вплив через локальні засоби. 3. Підтримуюча пародонтальна терапія. 4. Посекторальна ясенна ірригація. 5. Відсутність хірургічного втручання у м'які тканини внутрішньої латеральної поверхні пародонтальної кишені. У науковій фаховій літературі залишається дискусійним питання необхідності опрацювання зовнішньої стінки пародонтальної кишені при лікуванні генералізованого пародонтиту I–II ступеня розвитку, яке залишається актуальним при проведенні закритого кюретажу.

Метою наукового дослідження є необхідність порівняти ефективність закритого кюретажу (група пацієнтів А) та нехірургічної пародонтальної терапії (група пацієнтів Б) у хворих на генералізований пародонтит I–II ступеня розвитку. Обстежено та проліковано 80 хворих на ГП I–II ст. розвитку (хронічний перебіг), які рандомізовані за віком і статтю, жінок – 38,6 %, чоловіків – 61,4 %. Вік обстежених – від 20 до 52-х років. Терміни спостереження – до лікування, на 90-добу та 6-й міс. (180 доба) після проведення процедур. Оцінювали рівень епітеліального прикріплення, глибину пародонтальних кишень, які вимірювали за класичними методиками та визначення рухомості зубів приладом «Періотест-М».

Отримали позитивну достовірну динаміку практично по всіх клінічних показниках у строк до лікування на 90 та 180-у добу після лікувальних процедур за протоколом закритого кюретажу та нехірургічної пародонтальної терапії. З огляду на проведене клінічне дослідження, порівняння ефективності протоколів лікування хворих на генералізований пародонтит за допомогою методики закритого кюретажу та нехірургічної пародонтальної терапії достовірної різниці в отриманих даних клінічних показниках на 90 та 180 добу у виборі методу лікування не виявили. Можна стверджувати, що проведення хірургічного, оперативного втручання у м'які тканини на внутрішній, латеральній поверхні кишень в рамках закритого кюретажу не є доцільним.

СТАН ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ (IL-17) ПРИ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Матолич У.Д., Масна-Чала О.З.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Актуальність проблеми.

Незважаючи на те, що дентальна імплантація в останні роки відрізняється високим рівнем успіху, з'являється все більше відомостей про розвиток запальних ускладнень (дентального мукозиту, дентального периімплантиту). Запальні процеси можуть виникати як в найближчі терміни після імплантації, так і в довгостроковому періоді. За даними клінічних досліджень периімплантит розвивається в 12-43% випадків, мукозит - 60-80% пацієнтів з дентальними імплантатами. Відомо, що на успішність інтеграції імплантату впливає техніка виконання операції, стан кісткової тканини, нейрогормональний і імунний статус, патогенність мікрофлори зубного нальоту, реакція організму в цілому. Універсальну регуляторну функцію виконують медіатори імунної системи – цитокіни (інтерлейкіни - IL). IL-17 класифікований як прозапальний цитокін завдяки його здатності індукувати експресію багатьох медіаторів запалення, особливо тих, які беруть участь в проліферації, дозріванні та хемотаксисі нейтрофілів. У доступній літературі ми не знайшли повноцінної відповіді на питання про адекватний алгоритм оцінювання стану IL-17 у динаміці при дентальній імплантації.

Мета даного дослідження – визначити функціональний стан прозапального цитокіну IL-17 при дентальній імплантації з метою удосконалення ранньої діагностики розвитку запальних ускладнень.

Методи.

Проведено обстеження 28 пацієнтів до проведення дентальної імплантації і на 5-у, 9-у добу після хірургічного втручання. У пацієнтів супутніх захворювань не відмічалось. Серед них - 11 чоловіків і 9 жінок, віком від 29 до 56 років. Залежно від виявлених запальних ускладнень, що виникли в периімплантній зоні, хворі були розділені на дві групи: 1-а – 9 пацієнтів з дентальним мукозитом, 2-а – 4 пацієнтів з дентальним периімплантитом I-II ступеня. Контрольну групу (15 пацієнтів) склали пацієнти, у яких не спостерігали запальні ускладнення. Всім пацієнтам проводилося клініко-рентгенологічне, лабораторне обстеження. Цитокіновий профіль у сироватці крові визначали імуноферментним методом із застосуванням наборів реагентів фірми “Diaclone” (Франція). Результати досліджень наведені у вигляді середнього арифметичного і його стандартної похибки ($M \pm m$).

Результати досліджень.

Після хірургічного етапу дентальної імплантації у пацієнтів були виявлені різні локальні реакції на операційну травму. Клінічні ознаки місцевої реакції: болючість, набряк і гіперемія слизової, фібринозний наліт по лінії швів – зустрічалися у пацієнтів всіх груп. Зникнення симптомів локального запалення у більшості пацієнтів контролю відмічалось на $5,6 \pm 0,6$ добу після установки імплантів. У цьому періоді слизова оболонка набувала блідо-рожевого забарвлення, краї рани щільно прилягали один до одного, контури їх були рівні й чисті, не відзначалося болю і кровоточивості при пальпації операційної зони. На ранніх стадіях після установки імплантів при появі в порожнині рота ознак гострого запалення періімплантит важко диференціювати від мукозиту. У пацієнтів 1-ї та 2-ї груп порівняння на 5 добу після імплантації відзначалася неоднакова вираженість набряку, гіперемії, болючості оперованих ділянок, кровоточивість при проведенні зондування. Так, у половини пацієнтів виявлено максимальну інтенсивність прояву перерахованих ознак, у решти спостерігалось лише їх деяке зниження. Регресія запальних явищ у хворих 1-ї групи відбувалася на 9-у добу. На 1-шу добу у 1-й групі відмічено вірогідні зміни рівня ІЛ-17 в порівнянні з контролем ($5,6 \pm 0,2$ нг/л проти $2,2 \pm 0,8$ нг/л). На 9-ту добу рівень ІЛ-17 зменшився у 1,8 разів ($3,1 \pm 0,2$ нг/л), але залишався вище групи контролю в 1,4 рази ($p > 0,05$). У хворих 2-ї групи спостерігали виражений набряк і почервоніння оточуючих імплантат м'яких тканин, біль у ділянці імплантації штучного кореня, поява в тканинах ясен кишень, виділення ексудата при пальпації. До хірургічного втручання у хворих спостерігалось підвищення концентрації ІЛ-17 у порівнянні з групою контролю та 1-ї групи ($14,5 \pm 0,4$, $p < 0,05$). На 5-ту добу рівень ІЛ-17 знизився на 0,7 % (з $14,5 \pm 0,4$ нг/л до $10,2 \pm 0,3$ нг/л). На 9-ту добу рівень ІЛ-17 продовжував знижуватися, але був у 3,8 рази вище контролю та в 2,7 рази вище показників 1-ї групи, $p < 0,05$), що свідчить про виражений запальний процес.

Висновки.

Отримані результати лабораторних і клінічних досліджень свідчать, що при дентальному періімплантиті відзначається вірогідне підвищення рівнів ІЛ-17. Саме тому проведення імплантації потребує попередньої ретельної діагностики, а саме визначення цитокінового статусу пацієнтів.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВІДНОВЛЕННЯ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ РЕТИНОВАНИХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Неханевич Ж.М.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Актуальність. В останнє десятиліття застосовують кальційзв'язуючі кісткові морфогенетичні білки (BMP-2), що імітують пептиди, для регенерації пародонту і кісткових структур. Це одне з найбільш перспективних напрямків щодо впровадження даних матеріалів в медичну практику. Сполуки, що містять rhBMP-2, аlogenну кістку і PRP (plasma-rich platelet) можуть використовуватися як замітники кісткової тканини при великих дефектах.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування хворих з ретенцією і дистопією третіх молярів нижньої щелепи за допомогою розробки комплексного підходу з використанням фотодинамічної терапії та препаратів, що підсилюють остеогенез (тромбоцитарної аутоплазми, збагаченої фібрином і-PRF і рекомбінантного морфогенетичного білка (rhBMP-2).

Матеріали і методи дослідження. В комплексне дослідження включено 82 пацієнта з утрудненим прорізуванням третіх молярів нижньої щелепи у віці від 19 до 37 років. Серед них 40 (48,8%) чоловіків і 42 (51,2%) жінок. У всіх пацієнтів були абсолютні показання до видалення ретинованих восьмих зубів на нижній щелепі: ускладнене прорізування зубів мудрості (перикоронарит, абсцес, флегмона, лімфаденіт); дистопія, дефіцит місця. У дослідження підбиралися пацієнти без загальної соматичної патології Лікування проводилося в два етапи. На першому етапі (передопераційному) здійснювалася санація оперативної зони, спрямована на ліквідацію або купірування гострого інфекційно - запального процесу в області ретинованого третього моляра. Другий етап передбачав видалення причинного зуба, санацію рани і заповнення дефекту остеоіндуктивними препаратами під колагенову мембрану і ушивання рани. Всим хворим здійснювалася передопераційна підготовка суть якої полягала у санації інфекційно - запальних процесів ретромоларної області. Для цих цілей використовувалася HELBO-терапія (HELBO Photodynamic system). Процедура повторювалася протягом від 3-х до 5-ти діб до явного візуального купірування або значного зниження ознак запальних явищ і усунення або зменшення набряку м'яких тканин в області утрудненого прорізування третіх молярів нижньої щелепи. Починаючи з цього періоду виконується хірургічний етап лікування.

Проведений аналіз даних комп'ютерного контролю за густиною обстеження пацієнтів всіх груп, отриманий у віддалені терміни (через 3,6 і 12 місяців) після видалення ретинованих / дистопованих молярів нижньої щелепи показав, що активність регенерації кісткової тканини у хворих, яких лікували за традиційною методикою і розробленими способами була різною. Визначено, що відновлення кісткової тканини в зоні видаленого зуба найбільш інтенсивно і повноцінно протікало у хворих, яким кістковий дефект заповнювався остеопластичним матеріалом в комбінації з рекомбінантним морфогенетичним білком (rhBMP-2), про що свідчила динаміка збільшення її щільності за шкалою Хаунсфілда. У пацієнтів, яким видалення нижніх третіх молярів і подальше лікування проводили за традиційним методом приріст щільності кісткової тканини в зоні дефекту по закінченню 3,6 і 12 місяців був відповідно в 3,1, 2,7 і 2,1 рази менше, ніж у хворих III групи і в 1,4, 2,1 і 1,42 рази в порівнянні з даними II групи.

Висновки.

1. Застосування фотодинамічної терапії у хворих з ретенцією і дистопією нижніх третіх молярів з явищами перикоронарита в передопераційному періоді сприяє швидкій ліквідації інфекційно-запального процесу в ретромоларній області, що створює умови для подальшого оперативного лікування даної патології.

2. Розроблений хірургічний метод лікування ретенції і дистопії нижніх третіх молярів із застосуванням остеопластичних матеріалів для заповнення кісткових дефектів (Bio Oss, Osteoplast-M) в комбінації з рекомбінантним морфогенетичним білком (rhBMP-2) дозволяє знизити виникнення післяопераційних запальних ускладнень на 35,4 %, скоротити терміни їх ліквідації (в середньому на 5,2 доби). Поліпшити якість регенерату в області післяопераційних дефектів за даними КТ денситометрії в 1,4 рази через 3 місяці; 1,6 рази через 6 місяців; 1,9 рази через 12 місяців.

ВИБІРКОВА ДИСЦИПЛІНА «ІМПЛАНТАЦІЯ ЯК СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЗАМІЩЕННЯ ВТРАЧЕНИХ ЗУБІВ» - НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ НА КАФЕДРІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Ожоган З.Р., Мізюк Л.В., Бугерчук О.В., Обідняк В.З., Сухоробський Ю.І.

*Кафедра ортопедичної стоматології
Івано-Франківський національний медичний університет*

Стрімкий розвиток сучасних технологій, прогрес науки і техніки є характерною особливістю нашого сьогодення. Ці ознаки виявляються у всіх сферах життя. З'являється безліч нових спеціальностей і професій, змінюються погляди на культуру, мистецтво, способи життя, а також підходи до методик лікування у медицині і, зокрема, стоматології. Все це супроводжується швидким і адекватним розвитком нашої свідомості та наявністю висококваліфікованих спеціалістів у різноманітних галузях.

Внаслідок цього, відповідно, значно відрізняється сучасний пацієнт у своїх вимогах від пацієнта минулих років: крім вимог до міцності та тривалого функціонування ортопедичних конструкцій, з'явилася необхідність їх естетичних властивостей, що привело до появи та застосування новітніх технологій.

Основним завданням дисципліни «Імплантація як сучасний підхід до заміщення втрачених зубів» - надати змогу студентам оволодіти в клініці певними стоматологічними маніпуляціями, що використовуються при лікуванні пацієнтів з частковими та повними дефектами зубних рядів. Набуті таким чином фахові компетенції студенти в подальшому використають у процесі лікування стоматологічних пацієнтів ортопедичного профілю з застосуванням імплантантів.

Вивчення даного матеріалу теоретично та опанування практичних навичок проводиться у десятому семестрі п'ятого року навчання. Дані заняття включають як теоретичне вивчення матеріалу, так і опанування практичними навичками із застосуванням фантомних моделей, а також відпрацювання практичних навичок. Студентам демонструється необхідне обладнання, сучасні методики імплантації за допомогою презентацій та унаочнення. На перших заняттях вибіркової дисципліни студенти повинні засвоїти значення імплантологічного лікування, поняття про остеоінтеграцію. Види імплантатів, будова імплантату та його складові, а також клінічне та лабораторне планування імплантації для заміщення втрачених зубів. В подальшому, вивчення вказаної дисципліни дозволяє провести вибір системи імплантатів у залежності від типу імплантату, типу супраструктури, типу кістки, естетичної зони.

Крім того, студенти мають змогу самостійно відпрацювати вказані навички на щелепах тварин у навчально-практичному центрі.

Таким чином, проведення курсів за вибором є невід'ємною складовою навчання студентів-стоматологів і забезпечує розвиток та навчання кваліфікованих спеціалістів.

РЕЗУЛЬТАТИ КОНДИЛОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В РАННІ ТА ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЮ ФОРМОЮ ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ТВЕРДИХ ТКАНИН, ПОЄДНАНОЮ ІЗ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ

Ожоган З.Р., Петришин С.В.

*Кафедра ортопедичної стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету*

Проблема діагностики та лікування патологічної стертості твердих тканин зубів не втрачає актуальності вже протягом десятиліть, незважаючи на велику кількість досліджень. В даній роботі описано один із методів ефективного діагностування при комплексній патології, що допоможе в подальшому провести раціональне протезування пацієнтів. Це застосування методу конділографічного дослідження за допомогою артикуляційної системи «Cadiax Compact». Під час виконання дослідження нами були встановлені основні біомеханічні параметри рухів суглобових головок у пацієнтів 4 групи із генералізованою формою патологічної стертості твердих тканин зубів, поєднаною з дефектами зубних рядів та зубощелепними деформаціями після проведеного лікування по запропонованій методиці. На 1 етапі лікування (через 4 тижні) при зміщенні суглобових головок при протрузійних рухах довжина їх складала $6,26 \pm 0,17$ мм справа і $6,36 \pm 0,22$ мм зліва, при вертикальних рухах - $7,04 \pm 0,23$ мм справа і $8,03 \pm 0,23$ мм зліва, медіотрузійні зміщення суглобових головок справа та зліва мали довжину відповідно $5,83 \pm 0,24$ мм і $5,83 \pm 0,24$ мм. На 2 етапі лікування через 3 місяці встановлено, що при зміщенні суглобових головок довжина їх складала: при протрузійних рухах $8,0 \pm 0,25$ мм справа і $8,46 \pm 0,22$ мм зліва, при вертикальних рухах - $10,13 \pm 0,21$ мм справа і $8,16 \pm 0,19$ мм зліва, медіотрузія вправо — $8,8 \pm 0,23$ мм і вліво — $8,03 \pm 0,21$ мм. При протрузійних, вертикальних та трансверзальних рухах показники достовірно відрізнялися через 1, 3 та 6 місяців. Однак було зафіксовано більш позитивну тенденцію їх наближення до фізіологічної норми через 6 місяців. Результати, які були зафіксовані через 6 місяців становили: при протрузії $10,74 \pm 0,16$ мм справа і $9,33 \pm 0,17$ мм зліва, при вертикальних рухах - $11,48 \pm 0,23$ мм справа і $10,84 \pm 0,13$ мм зліва, при трансверзальних рухах - $10,04 \pm 0,17$ мм справа і $10,28 \pm 0,17$ мм зліва. Отже, нами встановлена достовірна різниця ($p < 0,05$) між показниками норми та даними при протрузійних, вертикальних і трансверзальних рухах скронево-нижньощелепного суглобів на всіх етапах лікування. При протрузійних рухах показники достовірно відрізнялися між собою через 1, 3 та 6 місяців, проте були вищими через 6 місяців, ніж показники, які отримані через 1 і 3 місяців та до лікування, через 3 місяці, ніж через 1 місяць та до лікування, через 1 місяць, ніж до лікування. При вертикальних рухах встановлено достовірна різниця між показниками, проте відзначалася динаміка покращення показників через 1 місяць, ніж до лікування, через 3 місяці, ніж через 1 місяць та до лікування, через 6 місяців, ніж через 1, 3 місяців та до лікування. При трансверзальних рухах показники достовірно відрізнялися на всіх етапах

лікування та найвищі показники були отримані через 6 місяців, ніж через 1, 3 місяців та до лікування, через 3 місяці, ніж до лікування.

Таким чином, отримані показники конділографічного дослідження пацієнтів 4 групи із заниженою висотою прикусу, внаслідок патологічної стертості твердих тканин зубів, поєднаною з дефектами зубних рядів та зубощелепними деформаціями при її піднятті за запропонованою методикою (шляхом індивідуального і послідовного застосування набору шин–капп) до оптимальних параметрів вказують на відновлення функції СНЩС. При проведенні обстеження пацієнтів після лікування спостерігались наступні зміни: відновлення оклюзійної висоти та висоти нижньої третини обличчя, відновлення оклюзійних співвідношень щелеп та усунення симптомів м'язової дисфункції. Встановлено, що характерні симптоми дисфункціонального синдрому були усуненні, а саме: біль, хруст та клацання в суглобі, біль під час прийому твердої їжі, головний біль, стомлюваність жувальної мускулатури, біль у м'язах, зміщення нижньої щелепи в сторону, зниження слуху, сухість у роті.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ ПОЄДНАНИХ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Ожоган Р.З. , Ожоган З.Р.

*Кафедра стоматології післядипломної освіти
Івано-Франківського національного медичного університету*

Мета роботи: підвищити ефективність лікування пацієнтів з дефектами зубних рядів та функціональними порушеннями скронево-нижньощелепного суглоба, шляхом клінічного обґрунтування застосування запропонованої шини-каппи і індивідуального підходу.

Матеріали та методи. При обстеженні хворих із дефектами зубних рядів і функціональними розладами скронево-нижньощелепного суглоба, вивчали стан і локалізацію дефектів зубних рядів, аналізували діагностичні моделі, застосовували рентгенологічні методи, такі як ортопантомографія і комп'ютерна томографія, а також конділографію і 3D сканер 3SHAPE. При виконанні даного етапу дослідження було обстежено 120 пацієнтів, віком від 25 до 65 років.

Результати. Після запропонованого лікування через 6 місяців нами встановлено достовірне зменшення кількості пацієнтів із болями в ділянці СНЩС, що складало в 1 групі 15 пацієнтів, а в 2 групі – 4 пацієнтів. Однак, слід зазначити, що у цих пацієнтів була значно менша інтенсивність і тривалість болей в суглобі, ніж перед лікуванням. Знижувалася інтенсивність болі при рухах нижньої щелепи у пацієнтів двох груп після лікування, однак кількість пацієнтів складала в першій групі – 12, через 6 місяців у порівнянні з рівнем перед лікуванням – 43 (72,5%). У другій групі кількість пацієнтів із біллю при рухах нижньої щелепи перед лікуванням становила 44, а через півроку достовірно знижувалася до 4 пацієнтів. Кількість пацієнтів із біллю при широкому відкриванні рота у 1 групі зменшувалася від 45 (77,5%), до 11, а в 2 групі від 48 пацієнтів до 5 пацієнтів. Слід зазначити, що всі показники були кращими в 2 групі пацієнтів, що свідчить про високу ефективність запропонованого лікування і запропонованої конструкції шини-каппи.

Висновки. Запропонована нами конструкція шини – каппи дає можливість індивідуалізувати її товщину в залежності від стану і положення суглобових головок, локалізації дефектів зубних рядів у дистальній чи фронтальній ділянках зубного ряду з однієї чи з двох сторін, а також проводити поступове і поетапне підняття висоти прикусу та досягти естетики в бічних ділянках. В подальшому поетапне лікування пацієнтів із функціональними розладами СНЩС включає проведення аналізу оклюзійних співвідношень і вибіркоче пришліфування твердих тканин зубів, використання Aqualizer упродовж 3-4 тижнів. Наступними етапами лікування є виготовлення тимчасових незнімних конструкцій із естетичних пластмас і застосування

запропонованих функціональних шин-капп на 3-6 місяців та постійне протезування з використанням незнімних естетичних конструкцій.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ОСТЕОПЕНІЄЮ

Пантус А. В., Деркач Л. З., Ярмошук І. Р.

*Кафедра хірургічної стоматології,
Кафедра стоматології післядипломної освіти
Івано-Франківського національного медичного університету*

Актуальність. Генералізований пародонтит – поширене захворювання, частота якого збільшується з віком і характеризується запальними й резорбційно-деструктивними процесами в тканинах пародонта хворого. Серед численних факторів, що призводять до виникнення генералізованого пародонтиту є остеопенія і остеопороз кісткової тканини щелеп. Вивчення взаємозв'язку між метаболічними порушеннями кісткової системи та захворюваннями пародонта є важливим для визначення ролі системних чинників регулювання кісткового метаболізму та обґрунтування фармакологічної корекції дистрофічно-деструктивних процесів у кістковій тканині. Проблема хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит з остеопенією є особливо актуальною. Вивчення взаємозв'язку між метаболічними порушеннями кісткової системи та захворюваннями пародонта є важливим для визначення ролі системних чинників регулювання кісткового метаболізму та обґрунтування фармакологічної корекції дистрофічно-деструктивних процесів у кістковій тканині.

Мета дослідження - підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит з остеопенією.

Методи дослідження. Під час дослідження нами було обстежено та проведено клінічне спостереження у 96 пацієнтів віком від 31 до 69 років. У дослідження не включали хворих на соматичні захворювання у стадії декомпенсації, злоякісні новоутвори, декомпенсовані форми цукрового діабету, інфекційні захворювання.

Для оцінки динаміки захворювання проводили визначення структурно-функціонального стану кісткової тканини за допомогою маркерів метаболізму кісткової тканини – остеокальцину та дезоксипіридиноліну.

Для оцінки динаміки захворювання та ефективності лікування проводили визначення структурно-функціонального стану кісткової тканини за допомогою комп'ютерного аналізу щільності кісткової тканини.

При проведенні статистичної обробки отриманих результатів усі необхідні розрахунки виконували методом варіаційної статистики з використанням прикладного пакету комп'ютерної програми медико-статистичних обчислень STATISTICA.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведений аналіз біохімічних досліджень, в порівнянні з нормою, показав різницю в показниках щільності кісткової тканини. У нормі рівень остеокальцину складав $30,48 \pm 0,74$ нг/мл, дезоксипіридиноліну – $3,38 \pm 0,13$ н/моль. У хворих на генералізований пародонтит з остеопенією рівень остеокальцину складав $18,84 \pm 0,8$ нг/мл, а дезоксипіридиноліну – $6,32 \pm 0,34$ н/моль.

Проведений аналіз щільності кісткової тканини, в порівнянні з нормою, показав різницю в показниках щільності кісткової тканини альвеолярного відростка верхньої щелепи та альвеолярної частини нижньої щелепи. Безпосередньо в зоні альвеолярного відростка верхньої щелепи, в порівнянні з нормою, спостерігалось зниження щільності кісткової тканини. Відмічалася нерівномірність розподілу щільності кісткової тканини, а саме в медіальних відділах паростка щільність кісткової тканини була дещо меншою $617,74 \pm 4,619$ од. Н., в порівнянні із нормою $785,57 \pm 5,494$ од. Н. У дистальних відділах відбувалось зниження мінеральної щільності кістки до $625,32 \pm 6,636$ од. Н. у нормі та $386,75 \pm 1,553$ од. Н. у хворих на генералізований пародонтит з остеопенією.

Суттєві зміни, в порівнянні з нормою, відбулись у ділянці альвеолярної частини нижньої щелепи та губчастої речовини підборідкової ділянки та тіла нижньої щелепи. Найбільш щільніша ділянка підборіддя. Показники щільності даної зони, в порівнянні з нормою $798,35 \pm 4,455$ од. Н., дещо знижені $513,34 \pm 5,213$ од. Н. Найбільші зміни відбулись у ділянці тіла нижньої щелепи. Так, у порівнянні з нормою $381,55 \pm 0,829$ од. Н., відбулось суттєве зниження щільності кістки до $186,71 \pm 1,553$ од. Н.

Висновки. Таким чином, стан мінералізації кісткової тканини вказував на характерний для даного вікового періоду розвиток жувального апарату, що на пряму пов'язано зі зміцненням його кісткової тканини. З іншої сторони, деякий спад мінеральної щільності в ділянці альвеолярного відростка верхньої щелепи, альвеолярної частини, губчастої речовини підборіддя та тіла нижньої щелепи обумовлений характерними для патології пародонта змінами кісткової тканини в поєднанні із порушенням загально-соматичного статусу, а саме наявності остеопенічного процесу як додаткового усугубляючого фактора, що призвів до втрати кісткової маси в даних ділянках.

ПОТРЕБА РЕКОНСТРУКТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ ПРИ ІМПЛАНТОЛОГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПОВНОЇ ВІДСУТНОСТІ ЗУБІВ

Пелехан Б.Л., Рожко М.М.

*Кафедра стоматології післядипломної освіти
Івано-Франківського національного медичного університету*

Актуальність теми

Успіх імплантологічного лікування повної відсутності зубів – це комплексна функціональна та естетична реабілітації пацієнта. Очікуваний віддалений результат лікування можливий при виготовленні адекватної ортопедичної конструкції з опорою на раціональну кількість внутрішньокісткових дентальних імплантатів, встановлених із врахуванням анатомо-топографічних особливостей щелепи. При плануванні імплантологічного лікування особливе місце займає комплексна оцінка кількісних та якісних характеристик кісткової тканини, м'яких тканин в ділянці протезного ложа та просторового співвідношення щелеп.

Наукова новизна

За результатами планування імплантологічного лікування вивчено потребу у проведенні направленої кісткової регенерації, редукції коміркової частини нижньої щелепи та м'якотканинній трансплантації при встановленні різної кількості внутрішньокісткових опор та виготовленні різних видів ортопедичних конструкцій.

Мета дослідження

Визначити потребу у проведенні реконструктивних втручань при імплантологічному лікуванні пацієнтів із повною відсутністю зубів на нижній щелепі, у залежності від вибраного плану ортопедичного лікування.

Матеріали і методи

На базі кафедри стоматології ПО ІФНМУ обстежено та проведено лікування 18 пацієнтів, які звернулися із потребою первинного та повторного ортопедичного лікування повної відсутності зубів на нижній щелепі. Пацієнти належали до 2 та 3 вікових груп згідно класифікації за ВООЗ. Проводилося планування імплантологічного лікування повної відсутності зубів на нижній щелепі, яке включало збір анамнезу, об'єктивне обстеження, проведення конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ) та аналізу діагностичних моделей в артикуляторі. Сформовано 3 групи обстеження. До групи 1 ввійшли 6 пацієнтів, яким планувалось встановлення двох внутрішньокісткових дентальних імплантатів та виготовлення повної знімної ортопедичної конструкції із системою фіксації на кулеподібних абатментах. До групи 2 ввійшли 7 пацієнтів, варіантом лікування яких було встановлення чотирьох внутрішньокісткових дентальних імплантатів

та виготовлення повної знімної ортопедичної конструкції із балковою системою фіксації. До групи обстеження 3 ввійшли 5 пацієнтів із повною відсутністю зубів на нижній щелепі, яким заплановано встановлення чотирьох внутрішньокісткових дентальних імплантатів та виготовлення повної незнімної ортопедичної конструкції. Для досягнення мети дослідження, на етапі планування проаналізовано потребу у вертикальній, горизонтальній, змішаній направленій кістковій регенерації (НКР), редукції коміркової частини та м'якотканинній трансплантації для адекватного імплантологічного лікування із дотриманням плану лікування у пацієнтів кожної з груп обстеження.

Результати дослідження

Пацієнтам групи обстеження 1 заплановано встановлення двох імплантатів у міжментальній ділянці (переважно у ділянці відсутніх ікол нижньої щелепи). У 100% пацієнтів (6 осіб) даної групи не існувала потреба у НКР, проте при внутрішньоротовому огляді у 66,7% пацієнтів пальпаторно визначено лезоподібну форму коміркової частини, що відповідає IV класу за класифікацією Sawood&Howell (1988). Існувала потреба у редукції коміркової частини нижньої щелепи для створення відповідної ширини кісткової тканини.

Планування виготовлення ортопедичної конструкції з опорою на чотири імплантати передбачало визначення позиції ходу каналу n.mandibularis для безпечного позиціонування дистальних опор. У зв'язку з цим, 71,4% пацієнтів групи обстеження 2 при встановленні дентальних імплантатів потребували проведення НКР.

При планування виготовлення незнімної ортопедичної конструкції з опорою на чотири імплантати у 60,0% пацієнтів групи обстеження 3 виявлено недостатню ширину зони кератинізованих ясен, яка важлива для стабілізації ясенного контуру та формуванню ясенних сосочків, що особливо важливо при незнімному ортопедичному лікуванні. Тому у цих пацієнтів існувала потреба у сполучнотканинній трансплантації.

Висновки

Незалежно від групи обстеження, 83,3% пацієнтів із повною відсутністю зубів на нижній щелепі, потребували реконструктивного втручання для проведення імплантологічного лікування повної відсутності зубів на нижній щелепі.

Запланований вид ортопедичної конструкції безпосередньо впливає на необхідний тип реконструктивного втручання під час проведення хірургічного етапу імплантологічного лікування.

ЕЛЕКТРОФОРЕЗ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ НЕЕПІДЕМІЧНИХ ПАРОТИТІВ

Пермінов О.Б., Чумаченко О.В., Лісовська І.В., Аль-Алкхарса Дхеяа Кхаміс Хашім

*Івано-Франківський національний медичний університет,
Київський національний медичний університет ім.О.О.Богомольця,
Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря
Сікорського»*

Неепідемічні гострі паротити запального необструктивного характеру можуть сягати 67,8% всіх паротитів [10, с. 34-7]. Несвоєчасне та нераціональне лікування таких захворювань призводить до переходу в хронічні форми з періодами загострень та , в кінці кінців, до незворотньої анатомічної руйнації залоз. Більшість фахівців все ще вважають, що незважаючи на те, що розсмоктування інфільтрату може зайняти кілька тижнів і навіть місяців, як правило, настає повне відновлення функції залоз. Проте, незважаючи на досягнуті на сучасному етапі успіхи в консервативному лікуванні різних форм хронічних сіалоаденіта, повного одужання не настає [6, с. 58-64].

Важливим ,а інколи і вирішальним, стає доставка необхідних лікарських засобів у вогнище запалення і утримування їх в необхідній кількості. відбувається в реакції з киснем, що призводить до утворення окисненого продукту. Але, визначити це можливо за допомогою вимірювання редокс-потенціалу (ОВП).

Раніше проведені дослідження електрохімічних активованих розчинів виявили, що окисно-відновний потенціал (ОВП) має значні зміни в результаті електрохімічної активації.

Однак, вимірювання окисно-відновного потенціалу в складних багатокомпонентних розчинах дозволяють робити лише якісні оцінки. Великий обсяг експериментальних даних за ОВП свідчать про малу інформативність, оскільки значення потенціалу на індикаторному електроді носить випадковий або компромісний характер.

У зв'язку з вищенаведеним виникає необхідність в надійних вимірах і адекватній інтерпретації окислювально-відновлювального потенціалу медичних препаратів.

Методика визначення

Окислювально-відновлювальний потенціал визначали як електродний потенціал, який встановлюється при зануренні платини (інертний електрод) в окислювально-відновлювальне середовище, тобто в розчин, що містить як відновлену (Red), так і окиснену (Ox) форми.

Окислювально-відновний потенціал визначають електрохімічними методами з використанням скляного електрода з Red-Ox функцією, який вимірюється в мілівольтах (мВ), щодо водневого електрода в стандартних умовах або з зіставленням ЕРС між платиновим електродом та електродом порівняння (хлорсрібним). Обгрунтовано вибір

хлорсрібного електрода в якості електрода порівняння, що пов'язано з присутністю хлор-йонів в визначальному середовищі (всі розчини досліджуваних медичних препаратів готувалися на ізотонічному розчині NaCl).

ОВП вимірювали за допомогою рН-метра- іономіра «Екотест-120» з комутатором для 8 електродів. Окислювально-відновний потенціал вимірювали за допомогою платинових електродів ЕПШ-1ср, ЕТМ-02 і скляного редокс-електрода ЕО-01 (РУП «Гомельський завод вимірювальних приладів», Білорусь). Як електрод порівняння для потенціометричних вимірювань використовували хлорсрібний електрод ЕВЛ-1М3.1 (РУП «Гомельський завод вимірювальних приладів», Білорусь). Реєстрацію ОВП розчинів здійснювали автоматично одночасно на декількох індикаторних електродах з використанням програми «Екотест». Час вимірювання становив від 1 до 45 хвилин. Для контролю правильності показань редокс-потенціалів використовували стандартний розчин фірми «HANNA» зі значенням ОВП 240 мВ. Потенціали всіх використаних електродів в стандартному розчині не відхилялися від паспортного значення більш ніж на 3 мВ. Другим варіантом вимірювання ОВП було використання цифрового ОВП-метра KL- 169 А(ОРР-169А).

Таким чином, за знаком ОВП розчинів но-шпи, траумель С та ербісолу виявилися позитивними, так само, як і розчинів дексаметазону та мелівакаїну. Натомість ОВП розчину аскорбінової кислоти має негативний знак. Той факт, що отримані електрохімічні параметри трьох вивчених лікарських засобів не відрізняються за знаком від аналогічних параметрів розчинів лікарських засобів, що вже застосовуються в медичній практиці, дозволяє стверджувати, що препарати но-шпа, траумель С та ербісол слід вводити під час електрофорезу з позитивно зарядженого електрода.

Суміш для електрофорезу передбачає змішування наступних компонентів: 50 мл дистильованої води + 50 мл ізотонічного розчину хлориду натрію + 5 мл димексиду аптечного + 2 ампули дексаметазону (2 мл) + 1 ампула ербісолу (2,2 мл) + 1 ампула траумелю С (2.2 мл). У разі необхідності суміш готується повторно, зберігається в прохолодному місці. У цю суміш додається буферний розчин натрію хлориду, а концентрація димексиду зменшується. Сама процедура передбачала введення суміші з позитивного електрода (+) протягом 20 – 25 хвилин при силі струму в 1 – 1,5 міліампери 1 раз на добу, всього від 10 до 15 сеансів.

Висновки Ми вважаємо цей напрям лікувальної тактики вельми перспективним для розробки нових рецептур для електрофорезу і його технологічних варіантів.

Плануємо надалі більш глибоко дослідити зміни біохімічних показників слини (доказова база ефективності препаратів і їх проникнення в тканини залози) в процесі лікування і вивчити електрохімічні показники більш широкого спектра лікарських препаратів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ «МЕРІДОЛУ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Попович З.Б., Ярмошук І.Р., Боднарук Ю.Б.

*Кафедра стоматології післядипломної освіти
Івано-Франківського національного медичного університету*

Актуальність теми. Соціальні чинники, зміни структури харчування населення (зменшення споживання йодовмісних продуктів), погіршення екологічної ситуації та вплив шкідливих факторів довкілля зумовлюють поширеність захворювань тканин пародонта. Проблема генералізованого пародонтиту – одна з актуальних у сучасній стоматології. Це зумовлено перевагою генералізованого пародонтиту в структурі стоматологічних захворювань, складністю і варіабельністю етіології та патогенезу, взаємозв'язком місцевих і соматичних порушень. Його поширеність у залежності від регіону та віку обстежених досягає 40 - 90%.

Мета дослідження – визначити ефективність застосування антибактеріального розчину в комплексному лікуванні захворювань тканин пародонта.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети було обстежено 44 хворих на генералізований пародонтит III-IV ступеня розвитку в стадії ремісії, віком від 26 до 58-ми років, що знаходились на амбулаторному лікуванні в центрі стоматології ІФНМУ.

В залежності від медикаментозного лікування хворі були поділені на дві групи, які були рандомізовані за діагнозом, віком, статтю і тривалістю захворювання: контрольна (22 хворих) та основна (22 хворих). Усім хворим проведено клаптеву операцію Відмана-Цішинського-Нейманана пародонті нижньої щелепи. Ротову порожнину зрошували розчинами антисептиків і проводили знеболювання Sol. Ubistesini 4%. Проводили 2-а вертикальні розрізи від краю ясен до перехідної складки по краях патологічного процесу та горизонтальні розрізи по краю ясен з вестибулярної та язичної (піднебінної) сторін, висікали ножицями змінені краї ясен шириною близько 2 мм, видаляли грануляційну тканину, зубні відкладення, обробляли край кістки та полірували корінь зуба. Проводили мобілізацію слизово-окістного клаптя, укладали його на місце, ушивали в міжзубних проміжках швами.

В комплексному лікуванні пацієнтам основної групи застосовували «Мерідол» - антибактеріальний розчин для полоскання ротової порожнини один раз вдень 10 мл протягом 30 с (2 дні до операції та 3 дні після її проведення). Хворі контрольної групи

застосовували для полоскань традиційний антисептичний розчин (розчин фурациліну (0,02% водний стерильний розчин в розведенні 1:5000)).

Отримані результати дослідження. Дослідження проводили за 3 дні до операції, через 7 днів після операції. Для оцінки антимікробної активності «Мерідолу» було проведене мікробіологічне дослідження вмісту пародонтальних кишень.

За три дні до операції в порожнині рота в 100% обстежуваних хворих виявлено мікробне обсіменіння (стафілококи, стрептококи, *Candida albicans* та інші). Через 7 днів після оперативного втручання при антисептичних ополіскуваннях розчином фурациліну патогенні мікроорганізми виявлені в 6-х хворих. Через 7 днів після оперативного втручання при антисептичних ополіскуваннях «Мерідолом» патогенні мікроорганізми в обстежуваних не виявлені.

Висновок. Таким чином, на підставі результатів проведених досліджень хворих на генералізований пародонтит можна зробити висновок, що антибактеріальний розчин «Мерідол», який використовується для полоскань порожнини рота, має виражену антисептичну, протизапальну та знеболюючу дію. Побічну дію розчину «Мерідолу» не виявлено.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Проць Г.Б., Івасюк А.В., Дмимтрук Ю.Р.

Кафедра хірургічної стоматології

Івано-Франківського національного медичного університету, щелепно-лицеве відділення ОКЛ

Протягом останніх років успіх пародонтальної хірургії пов'язують не тільки з усуненням пародонтальних кишень, але й з використанням середників та методів, стимулюючих регенеративні процеси тканин пародонту.

Проте, не дивлячись на різні модифікації, самі по собі хірургічні втручання на пародонті, все ж таки не створюють достатніх умов для ліквідації патологічного процесу кісткових структур альвеолярних відростків, тому що не враховується мінеральна щільність скелету та особливості метаболізму кісткової тканини у людей різного віку та статі.

Метою нашої роботи - підвищення процесів регенерації при хірургічному лікуванні генералізованого пародонтиту шляхом використання кістковозаміщуючих матеріалів, збагачених активним остеогенним компонентом під час проведення клаптевих операцій, і оцінка ролі показників маркерів кісткового ремоделювання в комплексному лікуванні даного захворювання.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходились 160 хворих на генералізований пародонтит II-III ступенів розвитку, яким проводилося хірургічне лікування, віком 30-55 років, з яких 87 жінки (54,38%) та 73 чоловіки (45,62%). Генералізований пародонтит II ступеня розвитку спостерігався в 83-х пацієнтів, пародонтит III ступеня – 77 хворих. Клінічні обстеження включали: опитування, огляд і пальпацію слизової оболонки в ділянці післяопераційної рани, колір ясен. Для об'єктивної оцінки стану пародонту використовували пародонтологічні індекси.

Проводили рентгенологічні методи дослідження стану тканин пародонту (ортопантомограму, прицільні рентгенограми).

Функціонально стан кісткової тканини оцінювали методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії на апараті Chelenger (ДМС –Франція). Оцінку структурно-функціонального стану кісткової тканини проводили ще й за допомогою маркерів метаболізму кісткової тканини (остеокальцин, діоксипіридинолін), які реагують швидше у порівнянні з денситометрією.

Проведені дослідження дозволили сформулювати наступні **висновки**:

Результати дослідження свідчать що хірургічні втручання на тканинах пародонту у 49% проводились на фоні зниженої щільності кісткової тканини.

При плануванні хірургічного лікування у хворих на генералізований пародонти необхідно визначення маркерів кісткового ремоделювання для оцінки структурно-функціонального стану кісткової тканини і для диференційованого призначення остеотропних препаратів.

Проведення клаптевих операцій з поєднаним використанням кісткового мозку і остеопластичного матеріалу активізує процеси регенерації кісткової тканини альвеолярного паростку і сполучно-тканинного прикріплення, що сприяє позитивному протіканню післяопераційного періоду, профілактиці післяопераційних ускладнень.

ОПТИМІЗАЦІЯ ОПЕРАЦІЇ СИНУС-ЛІФТИНГУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Проць Г.Б., Пюрик В.П., Ничипорчук Г.П.

*Кафедра хірургічної стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету*

Актуальність теми.

Однією з проблем, з якою зустрічаються стоматологи при проведенні дентальної імплантації в ділянці жувальних зубів верхньої щелепи, є недостатня кількість і якість кістки. На сьогоднішній день відомо багато методів підвищення висоти коміркового відростка верхньої щелепи в бокових ділянках. Зокрема це методи закритого та відкритого синус-ліфтингу [Параскевич ВА, 2009, Угрин ММ, 2013, Маланчук ВМ, 2019]. Незважаючи на велику кількість методик синус-ліфтингу ускладнень після їх виконання не зменшилось.

Метою дослідження було створити більш сприятливі умови для фіксації дентальних імплантатів при залишковій висоті кістки верхньої щелепи менше 9 мм у хворих на ГП і зменшити ризик травмування слизової оболонки верхньощелепної пазухи.

Методи дослідження

Нами обстежено 57 хворих, віком від 24 до 70 років, 32 (56,1%) жінок, 25 (43,9%) чоловіків з частковою втратою зубів верхньої щелепи з залишковою висотою кістки верхньої щелепи менше 9мм, яким було проведено комплексне лікування тканин пародонта. Для створення сприятливих умов для фіксації дентальних імплантатів хворим планувались операції синус – ліфтингу. Дослідження проводилося на базі стоматологічного відділення ОКЛ з 2008-2018 р.

По методу проведення синус-ліфтингу хворі були розділені на 3 групи :

1 група – 18 хворих, яким проведено оперативне втручання закритим балонним синус ліфтом, товщина коміркового відростка до dna верхньощелепового синусу складала від 6 до 9 мм.

2 група – 19 хворих, яким була проведена модифікована операція відкритого синус-ліфтингу, товщина коміркового відростка до dna верхньощелепового синусу складала від 4 до 6 мм .

3 група – 11 хворих, яким проводилась запропонована методика поєднання остеопластики зі збільшенням висоти коміркового відростка верхньої щелепи при синус-ліфтингу при висоті кістки верхньої щелепи менше 4 мм.

Методика балонного синус-ліфтингу проводилась із застосуванням комплекту BALLON-Lift Control («Німеччина»),

У пацієнтів при товщині нижньої стінки пазухи від 4-х до 6 мм. за умови постановки 2-х і більше імплантатів, нами модифікована операція синус-ліфтингу із створенням двох вікон на латеральній стінці гайморової пазухи і збереженням перегородки між ними, що дало можливість відсепарувати мембрану до медіальної і дистальної стінок і зберегти контакт остеотропного матеріалу з двома стінками гайморової пазухи .

Для створення більш сприятливих умов для фіксації дентальних імплантатів в несприятливих умовах при залишковій висоті кістки верхньої щелепи (менше 4 мм) проведено поєднання остеопластики зі збільшенням висоти коміркового відростка верхньої щелепи при синус-ліфтингу за запропонованою нами методикою.

Результати досліджень та їх обговорення

На момент обстеження не мали протипоказів до операції синус-ліфтингу 48 (84,2 %) хворих. Всього в ділянку реконструкції дна верхньощелепового синусу впроваджено 86 імплантат.

Дентальна імплантація проводилась безпосередньо при проведенні синус-ліфтингу у 17 хворих (впроваджено 34 імплантати), і дентальна імплантація була відтермінована на 9 місяців після проведення синус – ліфтингу у 25 хворих (впроваджено 52 імплантати). Безпосереднє чи відтерміноване введення імплантатів залежало, чи була досягнута первинна стабільність імплантатів. З моменту проведення операції і протягом року було втрачено 9 імплантатів у 5-ти хворих.

Балонний синус-ліфтинг було виконано 18 хворим 1-ої групи з кінцевими дефектами верхньої щелепи при товщині коміркового відростка не менше 6-7 мм, з них 2 хворим було виконано двохсторонній синус-ліфтинг.

При проведенні балонного синус-ліфтингу перфорація оболонки Шнайдера відбулася в 3 (16,7 %) хворих, втрачено 4 (12,5%) імплантати. Отримані результати різняться від даних досліджень (Павленко О.В., Штеренберг О.Х., 2014), що проводились у хворих без врахування стану пародонту (перфорація оболонки Шнайдера при балонному синус-ліфтингу відбувалася у 13,2 % хворих).

19 хворим, 2 групи була проведена модифікована операція відкритого синус-ліфтингу, товщина коміркового відростка до дна верхньощелепового синусу складала від 4 до 6 мм (в ділянку реконструкції дна верхньощелепового синусу встановлено 38 імплантатів). Перфорація оболонки Шнайдера відбулося у 2 (10,52 %) хворих, яким було відтерміновано постановку імплантатів на 12 місяців, що у 1,8 разів менше, ніж при відкритому синус-ліфтингу, де перфорація відбулася у 18,95 % хворих зі здоровим пародонтом.

11-ти хворим 3-ї групи для створення більш сприятливих умов для фіксації дентальних імплантатів в несприятливих умовах при залишковій висоті кістки верхньої щелепи (менше 4 мм) проведено поєднання остеопластики зі збільшенням висоти коміркового відростка верхньої щелепи при синус-ліфтингу за запропонованою нами методикою, 6 (55 %) жінок та 5 (45 %) чоловіків із кінцевими дефектами верхньої щелепи, яким було впроваджено 21 імплантат. Перфорації оболонки Шнайдера остеотомованим фрагментом відбулося у 2-х пацієнтів, яким була відтермінована операція на 12 місяців. Повна втрата трансплантату спостерігалася на початкових етапах остеоінтеграції у 2-х (18,2 %) пацієнтів – були втрачені трансплантати, внаслідок розходження швів і гнійного запалення в ділянці аугментації, 3 (%) хворим проведено одномоментну імплантацію з постановкою 6-ти імплантів, 6 (%) хворим проведено двоетапну імплантацію з постановкою 15-ти імплантатів, у 1 хворого втрачено 1 імплантат при одномоментній імплантації, і у 1 хворого втрачено 2 імплантати при відтермінованій імплантації.

Запропонована методика поєднання остеопластики зі збільшенням висоти коміркового відростка при синус-ліфтингу дозволяє провести підняття мембрани гайморової пазухи до 10 мм, роблячи її альтернативним методом в тих клінічних випадках, при яких як здавалось раніше нічого не можливо зробити. Недоліками даного методу є недостатня остеоінтеграція імплантатів, необхідність додаткових оперативних втручань по забору аутогенного трансплантату.

Висновки: Таким чином, аналізуючи проведені нами дослідження можна стверджувати, що модифікована нами методика відкритого синус-ліфтингу в порівнянні з балонним синус-ліфтингом відрізняється меншим числом післяопераційних ускладнень, меншою травматичністю. В середньому висота, на яку вдалося підняти синус складала $13 \pm 1,2$ мм, а об'єм сформованої кісткової тканини склав $1,8 \pm 0,3$ см³.

А запропонована методика поєднаної остеопластики зі збільшенням висоти коміркового відростка при синус-ліфтингу при залишковій висоті кістки верхньої щелепи менше 4 мм є альтернативним методом в тих клінічних випадках, коли залишкова висота коміркового відростка верхньої щелепи менше 5мм.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЧИН НЕЗАДОВІЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Проць Г.Б., Івасюк А.В., Грищук І.О., Дмитрук Ю.Р.

*Кафедра хірургічної стоматології
Івано-Франківський національний медичний університет*

Актуальність теми. Дефекти зубних рядів, які виникли внаслідок захворювань тканин пародонта, потребують особливої уваги, що зумовлено специфікою ортопедичного лікування. У той же час, успішність лікування захворювань пародонта полягає в комплексному підході, який передбачає застосування терапевтичних, хірургічних та ортопедичних методів. Сьогодні розроблено та впроваджено в практику охорони здоров'я основні принципи комплексної терапії хвороб пародонту. Проте в стоматологічних закладах не завжди проводять відповідний обсяг заходів, необхідних для ефективного лікування генералізованого пародонтиту та досягнення стану стабілізації захворювання, що найбільшою мірою стосується ортопедичних і хірургічних втручань

Мета: підвищення ефективності лікування генералізованого пародонтиту і досягнень стабільних клінічних результатів шляхом аналізу помилок ортопедичного лікування хворих на генералізований пародонтит і їх усунення.

Матеріали і методи дослідження: Оцінка ефективності проведеного комплексного лікування здійснена у 494 хворих на генералізований пародонтит різних ступенів важкості з дефектами зубних рядів, віком від 21 до 70 років, яким було проведено лікування даного захворювання в різних стоматологічних закладах (державних та приватних) м.Івано-Франківська та Івано-Франківської області. Жінки склали 290 (58,7 %) усіх обстежених, а чоловіки - 204 (41,3%).

Дослідження хворих, оцінку лікування проводили на основі протоколів надання стоматологічної допомоги, затверджених МОЗ України у 2005 році. Для верифікації патологічного процесу в пародонті використовували класифікацію хвороб пародонта за М.Ф. Данилевським (1994), для визначення класу дефектів зубних рядів – класифікацію Кеннеді.

Результати дослідження та обговорення

За результатами дослідження виявлені причини недостатньо ефективного лікування генералізованого пародонтиту.

Достатність та відповідність обсягу ортопедичних втручань у комплексному лікуванні пародонтиту визначали за амнестичними даними.

У 73% обстежених хворих діагностували травматичну оклюзію, у 29% -заходи щодо її усунення взагалі не проводилися (згідно з даними анамнезу).

Встановлено, що тільки у 23% хворих здійснювалося вибіркоче пришліфовування зубів, а у решти хворих патологічне оклюзійне навантаження, що виникало, призводило до прогресування травмування тканин пародонту та сприяло подальшому їх руйнуванню. У місцях виникнення передчасних контактів, за даними рентгенологічного обстеження, особливо виражені явища остеопорозу та прогресування резорбції міжзубних перегородок. У 13% обстежених спостерігалось порушення крайового прилягання опорних елементів - травмування тканин маргінального пародонту, під'ясенне розташування коронок, що робило неможливим позитивний лікувальний ефект і погіршувало перебіг запально-дистрофічного процесу в тканинах пародонту. У 7% хворих були нераціонально підібрані кількість опорних зубів без врахування резервних можливостей пародонту, використаний неефективний вид стабілізації зубів у зубному ряді. У 3% обстежених помилковим було

Згідно з проведеним аналізом історій хвороб, у 87,3% хворих ортопедичне лікування проводили до хірургічного лікування ГП, відразу після усунення явищ гострого запалення терапевтичними методами.

Висновки Аналіз причин незадовільних результатів лікування ГП вказує на низку причин, пов'язаних з ортопедичним втручанням, що перешкоджають сприятливому перебігу захворювань.

Аналізуючи недоліки ортопедичного лікування, слід зазначити, що ті, які припускаються у заходах, що передують ортопедичному лікуванню - 82.3% (перевантаження зубів через неадекватне вибіркоче пришліфовування, травматичну оклюзію, непроведення хірургічних заходів, відсутністю тимчасового шинування) у 4,7 разів більші, ніж ті, які припускаються на етапі самого постійного ортопедичного лікування і які становлять 17,7% (невідповідність обраної конструкції стану тканин пародонту опорних зубів, а також в технічних помилках при їх виготовленні).

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПРИСІНКА РОТА У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Пюрик В.П., Махлинець Н.П., Красій М.В.

*Кафедра терапевтичної стоматології
Кафедра дитячої стоматології
Івано-Франківський національний медичний університет*

Актуальність проблеми: на сьогоднішній день одним із сучасних методів комплексного лікування захворювань тканин пародонту із мілким присінком рота є застосування хірургічної корекції патології будови присінка рота. Метою дослідження є підвищення ефективності комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит із мілким присінком рота за допомогою вдосконалення методики вестибулопластики та використання ранозагоюючого середника кверцетин у післяопераційному періоді.

Наукова новизна: розроблено спосіб комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит з мілким присінком рота.

Мета: підвищення ефективності вестибулопластики у хворих на ГП із МПР шляхом хірургічного та медикаментозного впливу на тканини пародонта.

Матеріали і методи дослідження: обстежено та проліковано 85 хворих на генералізований пародонтит із мілким присінком рота. Усі хворі були розподілені на 2 групи. Хворим I групи (43 особи) проводили вестибулопластику за Грудяновим А. И. (2006 р.). Хворим II групи (42 особи) проводили розроблену нами вестибулопластику, в якій покращено ряд технологічних моментів, де важливим елементом втручання є поміщення та фіксація швами вільних мукозних трансплантатів, взятих з піднебіння, в ділянку горизонтальних розрізів біля премолярів. Хворим на генералізований пародонтит обох груп у післяопераційному періоді призначали стандартне лікування та “Магнікум” по 1 таблетці двічі на добу, “Кальцемін Адванс” по 1 таблетці двічі на добу під час їжі, “Кверцетин” 1г, 1 раз на день аплікацію гелем, який попередньо наносять на індивідуальну зубо-ясенну капу, протягом 5 днів.

Висновок: отримані результати дослідження доводять, що використання запропонованої нами вестибулопластики із застосуванням вільних мукозних трансплантатів, у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит із мілким присінком рота забезпечує достовірне покращення клінічних показників ефективності проведеного лікування. Найбільш важливими нашими результатами застосування вестибулопластичних операцій є відновлення нормальної глибини присінка рота, усунення хронічної травми в

ділянці присінка рота, нормалізація кровопостачання тканин пародонта, відновлення структури слизової оболонки тканин пародонта на клітинному рівні, нормалізація функціонування фібробластів слизової оболонки присінка рота.

Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит із мілким присінком рота при застосуванні вестибулопластики з використанням вільних мукозних трансплантатів та схеми медикаментозної терапії у післяопераційному періоді демонструє достовірно вищу ефективність лікування у порівнянні з використанням вестибулопластик, де операційна рана загоюється вторинним натягом, за клініко-лабораторними показниками, цитологічними, морфологічними особливостями слизової оболонки присінка рота та рентгенологічними, ехоостеометричними характеристиками щелепових кісток у ранні та віддалені терміни після лікування.

РЕАЛІЗАЦІЯ МОДЕЛЕЙ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

Пюрик В. П., Деркач Л. З., Ярмошук І. Р., Тарнавська Л. В., Мельник Н. С., Боднар Р.В., Алан Рашід

*Кафедра хірургічної стоматології
Івано-Франківський національний медичний університет*

Актуальність. Комп'ютерна технологічна революція останніх років охопила всі галузі суспільства і сприяла виникненню нових вимог у вищій школі України. Новим знанням необхідні нові методи впровадження. Сучасні знання потребують модернізації освітніх технологій і методів їх упровадження.

Запровадження карантину змінило життя кожного з нас, та особливо вплинуло на заклади освіти, змусивши пристосовуватись до нових умов надання освітніх послуг. Питання дистанційного навчання в умовах пандемії коронавірусу залишається, як ніколи, актуальним.

Завдяки цьому протягом останніх п'яти років у вітчизняних періодичних виданнях усе частіше порушують питання про інтенсифікацію освітніх технологій, що пов'язана із залученням новітніх технологічних ресурсів.

Відзначене є сучасною трансформацією класичних методів навчання. Поряд із тим, не меншої уваги потребує питання про головний вид інновацій в організації професійної освіти, а саме про застосування методів дистанційного навчання, його складові, перспективи і можливості. З огляду на це питання щодо визначення загальних дидактичних особливостей курсу дистанційного навчання є найбільш актуальним у галузі підготовки лікарів-стоматологів. Багато спеціалістів зі стратегічних проблем освіти дистанційну форму навчання називають «освітньою системою ХХІ сторіччя», і сьогодні на неї зроблено велику ставку.

Дуже пластичне дистанційне навчання може адекватно реалізувати одну з найголовніших конституційних потреб людини – право на освіту й отримання інформації.

Отже, логічно вважати дистанційну освіту недефективною системою підготовки та безперервної підтримки високого кваліфікаційного рівня спеціалістів.

Дистанційне навчання має схожі з класичною освітою цілі, зумовлені соціальним замовленням, зміст, що визначений чинними програмами для певного типу навчального закладу, методи, організаційні форми та засоби освіти.

Найбільш поширені види дистанційного навчання: інтерактивне телебачення, глобальні або регіональні комп'ютерні телекомунікаційні мережі з різними дидактичними

можливостями залежно від типу технічних конфігурацій (текстових файлів, мультимедійної презентації, відеоконференцій), поєднання технологій компакт-дисків і мережі Інтернет.

Переваги інтерактивного телебачення пов'язані з можливістю безпосереднього візуального контакту студентів і викладача, які знаходяться на різних територіальних і часових відстанях. Такий вид дистанційного навчання, хоч практично і тиражує звичайне заняття, побудоване за традиційною методикою чи з використанням сучасних педагогічних технологій, але з успіхом застосовується для демонстрації унікальних методик, лабораторних досліджень, коли студенти та викладачі стають свідками й учасниками практичного втілення сучасних знань, методів, новітніх інформаційних технологій, а також беруть участь у дискусіях.

Не викликає сумніву, що ця форма дистанційного навчання інтерактивна й цікава при підготовці студентів-стоматологів. Досвід застосування комп'ютерних телекомунікацій у режимі електронної пошти, телеконференцій, інформаційних ресурсів у регіональній мережі та мережі Інтернет наочно демонструє фінансову доступність, а отже і поширеність для більшості студентів такого способу дистанційного навчання.

Ефективність дистанційної освіти прямо залежить від викладача, що виконує роботу зі студентом в Інтернет-мережі. Зокрема, з тим, що цей викладач має бути універсально підготованим, тобто володіти сучасними педагогічними й інформаційними технологіями та бути психологічно готовим до роботи зі студентами в новому навчально-пізнавальному мережевому середовищі.

Пандемія зумовила необхідність застосування найбільшої та найшвидшої трансформації педагогічної діяльності і методики оцінювання, яка коли-небудь спостерігалась у сучасних університетах. Це призвело до збільшення навантаження на науково-педагогічних працівників та вимагало від колег об'єднання власних зусиль, включаючи навчання програмному забезпеченню та спільної практичної діяльності.

Організація іспитів он-лайн стала перевіркою дисциплінованості, чіткості та ретельності. Поєднання роботи вдома та контролю над виконанням домашніх завдань з іншими побутовими обов'язками розмило межі між роботою та домашніми справами і призвело до збільшення тривалості робочих годин та більшого навантаження.

Висновок. На фундаментальному рівні COVID-19 ставить виклик основній діяльності закладів вищої медичної освіти щодо підтримки студентів через широкий спектр навчальних програм. Це суттєво ускладнює реалізацію інтерактивного, особистісно-направленого традиційного аудиторного навчання, заснованого на багаторічному досвіді університетів. Задля пристосування до тривалої пандемії, університети потребуватимуть гнучких та надійних моделей освіти, які дозволять безперервно адаптуватися до різних етапів «нового звичного». COVID-19 прискорив та активізував довготривалі педагогічні тенденції,

створюючи природний експеримент, в якому перевіряються та оцінюються численні інновації. Перші ознаки свідчать про те, що багато нововведень, застосованих під час пандемії, будуть корисними для студентів і після кризи.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ЩОДО ВИБОРУ МЕТОДИКИ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ПІД ЧАС ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Расінська Т.С.

*Приватна стоматологічна практика
м. Дніпро*

Генералізований пародонт (ГП) - дистрофічно-запальне захворювання тканин пародонту, яке характеризується прогресуючою деструкцією і резорбцією кісткової тканини.

Наявність значних кісткових дефектів суттєво впливає на опорну функцію тканин пародонта, призводить до прогресування рухливості зубів та обумовлює незадовільні результати лікування щодо перспектив їх збереження.

Вважають, що лише хірургічні реконструктивні методики мають доведену ефективність під час лікування хворих на ГП.

Більшість дослідників віддають переваги використанню остеопластичних матеріалів. Проте основною проблемою при їх імплантації є недостатнє кровопостачання в зонах «графтіну» (кістковопластичного матеріалу). Досить часто недолік кровопостачання виникає в процесі проростання «нової» кістки в щільний «графтінг», що імітує архітектуру кісткової тканини. За таких умов центральна частина не має судинної підтримки і не підлягає достатній біотрансформації (так званій, вільно існуючій «графт»).

Вирішенню цієї проблеми присвячується все більше експериментальних досліджень, всі вони базуються на сучасних біоінженерних технологіях, проте, на жаль, поки що зарекомендували себе тільки в дослідях *in vitro*.

Тому «золотим стандартом» для аутотрансплантації залишається аутокістка, яка добре виконує функцію «каркасу» в зоні реконструкції, підтримує об'єм протягом достатнього часу, але потребує додаткових, доволі часто обширних оперативних втручань для її забору.

Альтернативним підходом на сьогодні є використання факторів росту і біологічно активних білків, які містяться в збагаченій тромбоцитами плазмі /або фібрині (ЗТП/ЗТФ) та сприяють проліферації і матурації клітин, що формують кістку, сполучну тканину і нові кровоносні судини. З цим пов'язують високу здатність ЗТП/ЗТФ потенціювати регенераторні процеси в тканинах. Проте данні біологічні сполуки мають дуже низькі здібності щодо збереження каркасу відновлювальної ділянки.

Таким чином, пошук нових методик та матеріалів для заміщення кісткових дефектів під час хірургічного лікування у хворих на ГП є вельми актуальним та вимагає пильної уваги як науковців, так і практикуючих лікарів.

Нашу увагу звернули методики закриття значних кісткових дефектів із використанням жирового комку щоки (*Bichat's buccal fat pad*). Вперше у нашій країні такий принцип було використано для закриття великих оро-антральних дефектів за власною методикою проф. Бердюком Ігорем Васильовичем – засновником Запорізької школи ЩЛХ, Вчителем для багатьох поколінь хірургів-стоматологів, який пішов у небуття 7 вересня цього року.

Взявши за прототип методику Бердюка І.В. нами було розроблено нову методику хірургічного лікування у хворих на ГП із використанням жирового комку щоки (*Bichat's buccal fat pad*), яку протягом останніх 15 років ми успішно використовуємо у нашій клініці.

Мета роботи – покращення ефективності хірургічного лікування у хворих на ГП шляхом розробки та клінічної апробації методики із використанням жирового комка щоки (*Bichat's buccal fat pad*).

Матеріал ґрунтується на результатах обстеження, лікування та клінічному спостереженні 23 пацієнтів, віком від 53 до 67 років, що страждають на ГП.

Оперативне втручання виконували у бічних відділах верхньої щелепи.

Всім пацієнтам було проведено клаптеву операцію за класичним протоколом Цішинського-Відман-Неймана, звертали увагу на повноту видалення грануляцій, підясневих зубних відкладень, некротизованого цементу, якісну обробку поверхні коренів зубів. Для заміщення кісткових дефектів використовували мобілізований жировий комок щоки, доступ до якого здійснювали шляхом горизонтального розсічення окістя та «тупого» розведення м'яких тканин. Відкритий жировий комок щоки виводили донизу, розпластували уздовж оголених коренів зубів та фіксували кетгуттовими п-подібними швами уздовж шийок з вестибулярної поверхні до піднебіння. Після мобілізації слизово-окістний клаптем перекривали жировий трансплантат та ушивали раньову поверхню наглухо. Шви знімали на 10-14 добу.

Всі пацієнти у післяопераційному періоді отримували курс антибактеріальної терапії, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Значну увагу приділяли щоденним гігієнічним процедурам (ірігації, ротові ванночки).

Післяопераційний період у більшості пацієнтів супроводжувався помірним набряком м'яких тканин у щічній ділянці (в середньому протягом 5 ± 1 діб). Всі пацієнти відмічали незначну інтенсивність больової симптоматики та її добре купірування НПЗП (Німесил, Найз, Ібупром) у звичайних терапевтичних дозуваннях.

Під час контрольних оглядів через 6 місяців та 1 рік у всіх пацієнтів сформувалася імітація щільного зубо-ясеневого прикріплення за рахунок фіброзних рубців навколо шийок зубів, у 82, 6 % було виявлено помірну рецесію ясеневого краю (максимально до 2 мм), пародонтальні кишені та рухливість зубів були відсутні у всіх прооперованих.

Максимальний термін спостережень склав 15 років (у 2 пацієнтів) та 8 років (у 4 пацієнтів). За цей час було встановлено рецесію ясеневого краю до 3 мм в ділянці молярів зубів, появу пародонтальних кишень до 2 мм в ділянці премолярів, проте в усіх цих клінічних випадках рухливість зубів була відсутня, також не було видалено жодного зуба у ділянках, які підлягали реконструктивному оперативному втручанню із використанням жирового комку щоки.

Таким чином, розроблена нами методика хірургічного лікування із використанням жирового комку щоки для заміщення кісткових дефектів у хворих на ГП показала високу клінічну ефективність, сприяла швидкому анатомо-функціональному відновленню та збереженню стійкого позитивного результату лікування протягом тривалого терміну в усіх зареферованих клінічних випадках (критеріями ефективності були відсутність запальних проявів та прогресування деструктивних процесів у кістці, стабільність зубів протягом всього терміну спостережень).

Враховуючи вищенаведене, для заміщення кісткових дефектів у хворих на ГП можна рекомендувати методику хірургічного лікування із використанням жирового комку щоки для використання у широкій лікарській практиці.

**РЕЗУЛЬТАТИ АНТРОПОМЕТРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ
ВИКОРИСТАННЯ АУТОГЕЛЮ ФІБРИНУ ЗБАГАЧЕНОГО ТРОМБОЦИТАМИ
(PRF) ТА ГІДРОКСИПАТИТУ КЕРГАП (БІОМІН) ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ЗУБНОЇ
КОМІРКИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА**

Рожко М.М., Ільків, М.М. Герелюк В.І.

*Кафедра стоматології післядипломної освіти
Кафедра терапевтичної стоматології
Івано-Франківський національний медичний університет*

Актуальність. Питання пошуку нових та вдосконалення методик застосування існуючих остеопластичних матеріалів для профілактики атрофії коміркового відростка після операції видалення зуба є актуальними і потребує подальшого вивчення Павленко О.В.2009; Пюрик В.П.2013; РожкоМ.М., ПроцьГ.Б.2017.

Мета: вивчити ефективність використання аутогелю ФЗТ (PRF), гідроксиapatиту Кергап (Біомін) для заповнення зубної комірки у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту II-III ступеня.

Матеріали та методи: антропометричні дослідження. З метою визначення кількісних показників атрофії коміркового відростка використали методику Галієвої Є.І та Селаймеха Р.Х. Антропометричні дослідження розмірів коміркових відростків проводили в трансверзальному та сагітальному напрямках зразу після операції, а також через 3 доби та 1,3,6,12 місяців після неї. Параметри альвеолярного гребня по вертикалі визначали безпосередньо в ротовій порожнині за допомогою зонду і штангенциркуля. Окремі вимірювання паралельно дублювались за допомогою відбитків на діагностичних моделях (до операції, 6 та 12 місяць). Всі вимірювання проводили трьохразово і вираховували середнє арифметичне значення. Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням стандартного пакету програм «Statistica for Windows 6.0» (StatSoft, Tulsa, OK, USA), та редактор MS Office Excel 2019 MSO (16.0).

Результати. Залежно від проведеного лікування, хворих на ГП II-III ступеня які потребували проведення клаптевої операції було розподілено на три групи. Основна група (група А - 38 альвеол (13 різців, 15 премолярів, 10 молярів): хворі на ГП II-III ступеня (25 осіб) яким проводили видалення зубів із заповненням лунки комбінацією фібрину збагаченого тромбоцитами з гідроксиapatитом Кергап(Біомін). Групу порівняння (група В - 30 альвеоли (9 різців, 11 премолярів, 10 молярів) склали 21 особа яким проводили видалення зубів із заповненням лунки гідроксиapatитом Кергап (Біомін). Контрольну групу (С - 29

альвеол 10 різців, 10 премолярів, 9 молярів) склали 22 особи де заживлення післяекстракційної комірки проходило під кров'яним згустком.

Операцію видалення зуба проводили за стандартною методикою (Шаргородський 1997) під місцевим або провідниковим знеболенням. Здійснювали ревізію лунки, промивання антисептичним розчином. Для отримання аутогелю фібрину збагаченого тромбоцитами використали центрифугу і спеціальні пробірки. На відміну від інших методів, кров не піддається обробці антикоагулянтами, з нею не проводиться будь-яких інших маніпуляцій. Забирається кров з вени ліктьової ямки в спеціальні вакуумні пробірки (вакулетти). Кров центрифугується в вакулеттах протягом 12 хв. У результаті центрифугування кров розділяється на 3 фракції: верхні 2/3 жовтого згустку містять більше фібрину і менш збагачені тромбоцитами, ніж нижня його 1/3. Після вилучення гелю з пробірки та відсікання червоної частини (фракції) матеріал готовий до застосування. Лунку виповнювали сумішшю аутогелю фібрину збагаченого тромбоцитами та синтетичного гідроксиапатиту Кергап (Біомін), зберігаючи анатомічну форму і об'єм альвеолярного відростка. Операцію завершували подальшим ушиванням країв комірки. Для аналізу дані групувались за морфофункціональною належністю зубів: різці, премоляри, моляри, що пов'язано з різною анатомічною шириною коміркового відростка та іншими анатомічними умовами.

Найменш виразні зміни виявлені в А групі де вертикальні розміри зросли в середньому на $7,18 \pm 0,05$ %, що практично в два рази менше даних С і в три рази менше результатів отриманих в Б групі. Отже найменший набряк м'яких тканин був у А групі де з остеопластичною метою використовували ФЗТ та гідроксиапатит, що доводить високі протизапальні властивості даної комбінації. Отримані дані підтверджуються клінічними спостереженнями післяопераційної рани, відсутністю виразної гіперемії та набряку. Станом на третій місяць виявлено наближення вертикальних розмірів коміркового відростка до початкових, що імовірно пов'язано з здатністю гідроксиапатита утримувати розмір і форму. В С групі визначено вищі показники втрати висоти коміркового відростка, яка зумовлена відсутністю каркасних властивостей у кров'яного згустку в процесі його перебудови. Станом на 6 і 12 місяць отримано дані, що вказують на зниження висоти комірки внаслідок процесів атрофії. Втрата склала $-6,25 \pm 0,02$ %, що практично в два рази є нижчим ніж у групі В і в чотири рази- ніж у групі С. На третій місяць в С групі отримано найвищі показники втрати ширини коміркового відростка – 9,43 відсотка, а сумарно станом на 12 місяць цей показник склав -19,5 відсотків, що доводить суттєво вищі показники ступеня атрофії коміркового відростка у разі відсутності застосування остеопластичних матеріалів під час проведення екстракції зубів при хронічному генералізованому пародонтиті II- III ступеня.

Висновок. Комбінація фібрину збагаченого тромбоцитами та гідроксиапатиту Кергап (Біомін) зменшує показники атрофії коміркового відростка, що дозволяє рекомендувати запропоновану комбінацію для профілактики атрофії кістки комірки у хворих на генералізований пародонтит II-III ступеня розвитку та в якості остеопластичного матеріалу при проведенні хірургічного лікування генералізованого пародонтиту.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АУТОГЕЛЮ ФІБРИНУ ЗБАГАЧЕНОГО ТРОМБОЦИТАМИ (PRF) ТА ГІДРОКСИПАТИТУ КЕРГАП (БІОМІН) ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ЗУБНОЇ КОМІРКИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ІІ-ІІІ СТУПЕНЯ РОЗВИТКУ

Рожко М.М., Ільків, М.М., Герелюк В.І.

*Кафедра стоматології післядипломної освіти
Кафедра терапевтичної стоматології
Івано-Франківський національний медичний університет*

Актуальність. Питання оптимізації процесів регенерації кісткової тканини та профілактики атрофії коміркового відростка після операції видалення зуба у хворих на генералізований пародонтит ІІ-ІІІ ступеня є актуальними і потребують поглибленого вивчення.

Мета: вивчити ефективність використання аутогелю ФЗТ (PRF), гідроксиapatиту Кергап (Біомін) для заповнення зубної комірки у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту ІІ-ІІІ ступеня.

Матеріали та методи: клініко-рентгенологічні дослідження з використанням цифрової рентгенографії. Цифрові знімки отримані на рентгенапараті марки Sirona: універсальний інтраоральний датчик з застосуванням позиціонерів для паралельної техніки. Аналіз зображень проводився у програмі Sidexis 5.5 в графічному, відсотковому та в умовних одиницях щільності. Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням стандартного пакету програм «Statistica for Windows 6.0» (StatSoft, Tulsa, OK, USA), та редактор MS Office Excel 2019 MSO (16.0).

Результати. Залежно від проведеного лікування, хворих на ГП ІІ-ІІІ ступеня які потребували проведення клаптевої операції було розподілено на три групи. Основна група (група А - 38 альвеол (13 різців, 15 премолярів, 10 молярів): хворі на ГП ІІ-ІІІ ступеня (25 осіб) яким проводили видалення зубів із заповненням лунки комбінацією фібрину збагаченого тромбоцитами з гідроксиapatитом Кергап(Біомін). Групу порівняння (група В - 30 альвеоли (9 різців, 11 премолярів, 10 молярів) склали 21 особа яким проводили видалення зубів із заповненням лунки гідроксиapatитом Кергап (Біомін). Контрольну групу (С - 29 альвеол 10 різців, 10 премолярів, 9 молярів) склали 22 особи де заживлення післяекстракційної комірки проходило під кров'яним згустком.

Операцію видалення зуба проводили за стандартною методикою (Шаргородський 1997) під місцевим або провідниковим знеболенням. Здійснювали ревізію лунки, промивання антисептичним розчином. Для отримання аутогелю фібрину збагаченого тромбоцитами використали центрифугу і спеціальні пробірки .У центрифугузі можуть одночасно готуватися

від 2 до 8 пробірок на швидкості 100 - 6000 об / хв; крім того, в ній усунута вібрація та є спеціальне охолодження, що є необхідною умовою для отримання гелю фібрину збагаченого тромбоцитами. На відміну від інших методик, кров не піддається обробці антикоагулянтами, з нею не проводиться будь-яких інших маніпуляцій. Залежно від відновлюваного обсягу тканин потрібно від 20 ml крові. Береться кров з вени ліктьової ямки в спеціальні вакуумні пробірки (вакулетти). Кров центрифугується в вакулеттах протягом 12 хв. У результаті центрифугування кров розділяється на чіткі 3 фракції: у нижній частині знаходиться еритроцитарна маса (червона), у верхній частині знаходиться плазма бідна білками (прозора фракція), по центру - збагачена фібрином та тромбоцитами фракція, яка представляє собою желеподібну масу (гель) жовтого кольору. Верхні 2/3 жовтого гелю містять більше фібрину і менш збагачені тромбоцитами, ніж нижня його 1/3. Після вилучення гелю з пробірки та відсікання червоної частини (фракції) матеріал готовий до застосування. Лунку виповнювали сумішшю аутогелю фібрину збагаченого тромбоцитами та синтетичного гідроксиапатиту Кергап (Біомін), зберігаючи анатомічну форму і об'єм альвеолярного відростка. Операцію завершували ушиванням країв комірки. Для аналізу дані групувались за морфофункціональною належністю зубів: різці, премоляри, моляри, що пов'язано з різною анатомічною шириною коміркового відростка та іншими анатомічними умовами.

Доведено, що оптична щільність комірки у всіх групах зубів змінюється від основи до краю альвеоли. Найбільш виразно цей градієнт щільності простежується у молярів та найменш виявляється в різцях та премолярах. Тому доцільно порівнювати щільність диференційовано в основі, середній частині та краю комірки.

В основі комірки молярів виявлено відносно не високі показники приросту оптичної щільності кісткової тканини у всіх дослідних групах. Виявлені показники приросту щільності були суттєво нижчими ніж в крайовій та середній частині комірки. Показники В і А груп були близькими у різні терміни спостереження та достовірно різнилися з даними виявленими в С групі, однак станом на 6 місяць показники оптичної щільності у А групі були достовірно вищими. На 6, 12 місяць зростання оптичної щільності були переконливо вищими в А групі, 81,09% проти 68,19% в групі В, що свідчить про вищу ефективність запропонованої композиції (ФЗТ, гідроксиапатит).

Висновок. Проведені рентгенологічні дослідження дозволили здійснити оцінку ефективності використання комбінації остеопластичних матеріалів ((фібрин збагачений тромбоцитами , гідроксиапатит Кергап (Біомін)) для заповнення комірки після операції видалення зуба з метою збереження висоти коміркового відростка та профілактики атрофії. Комбінація фібрину збагаченого тромбоцитами та гідроксиапатиту Кергап (Біомін) покращує регенерацію та моделювання кісткової тканини, що підтверджено достовірним приростом оптичної щільності за даними цифрової рентгенографії. Отримані дані дозволяють

рекомендувати запропоновану комбінацію для профілактики атрофії кістки комірки у хворих на генералізований пародонтит II-III ступеня розвитку та в якості остеопластичного матеріалу при проведенні хірургічного лікування генералізованого пародонтиту.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ АЛЬВЕОЛЯРНИХ ВІДРОСТКІВ ЩЕЛЕП ШЛЯХОМ АВТОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ЩІЧНОГО ЖИРОВОГО ТІЛА У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ОБЛИЧЧЯ

Ружицька О.В. , Вовк Ю.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність проблеми. Дефекти альвеолярних відростків щелеп часто виникають у стоматологічній практиці і становлять значну проблему при хірургічному лікуванні та реабілітації порушень зубо-щелепової системи пацієнтів. Тому актуальною є розробка прогнозованих оперативних підходів лікування дефектів тканин альвеолярних відростків щелеп, які би дозволили підвищити ефективність кінцевого позитивного результату їх лікування і забезпечили б надійне та повноцінне відновлення дефектів у пацієнтів з індивідуальними особливостями будови лица .

Способи та біотехнологічні підходи автотрансплантації, які володіють перевагами спорідненості, безумовно кращого і привабливішого приживлення в реципієнтному сегменті розташованого дефекту альвеолярного відростка щелеп мають значно більшу перевагу в фінальному результаті загоєння як м'яких, так і твердих тканин. Виявлено, що щічне жирове тіло (ЩЖТ) може представляти легке для отримання джерело стовбурових клітин. Аналіз клінічного застосування жирової тканини як трансплантаційного біоматеріалу при різних хірургічних операціях виявив, що жирова тканина зі ЩЖТ, відокремлена від кровопостачання основного масиву тіла ЩЖТ, може повноцінно і без ускладнень загоюватися в реципієнтному місці. В цьому зв'язку її можна використовувати як вільний трансплантат. Основним механізмом загоєння вільних жирових трансплантатів вважається фіброзне переродження ЩЖТ.

Наукова новизна роботи. Розпрацьовано методику отримання ЩЖТ та його аутоотрансплантацію при дефектах альвеолярних відростків щелеп у хворих з різними типами лица та методику оцінки результатів ефективності аутоотрансплантації щічного жирового тіла при заміщенні дефектів альвеолярних відростків щелеп.

Мета. Оцінити результати застосування автотрансплантації щічного жирового тіла при хірургічному лікуванні дефектів альвеолярних відростків щелеп у пацієнтів з різними типами лица.

Матеріал і методи . Прооперовано 17 пацієнтів віком від 23 до 67 років, різної статі, з дефектами тканин альвеолярних відростків щелеп. З загальної кількості у 7 (41,2%) пацієнтів

була мезофаціальна , у 5(29,41%) –брахіфаціальна та у 5 (29,41%) пацієнтів доліхофаціальна форми лиця. Для закриття дефектів альвеолярних відростків щелеп застосовували вільну автотрансплантацію щічного жирового тіла .

Результати досліджень. Встановлені значення клінічних показників товщини щоки, величини зовнішнього та об'єму внутрішнього щічних коридорів, а також додаткові дані ультрасонографічного визначення форм і параметрів товщини щічного жирового тіла та рентгенометричні величини дозволяють здійснити диференційований вибір місцерозташування, довжини розрізів, атравматичних доступів до донорської ділянки та встановити рекомендації стосовно біометричної достатності автотрансплантату ЩЖТ для індивідуалізованого заміщення тканинних дефектів альвеолярних відростків щелеп у пацієнтів з різними типами лиця. У хворих з мезофаціальним типом лиця рекомендується обрати відправне місце розрізу у передній області щічного трикутника, що знаходиться на відстані 29,3 мм від оклюзійної поверхні верхніх молярів, оптимальною є довжина розрізу в межах 2 см, після атравматичної ретракції тканин можливий забір автотрансплантату площею до $9,9 \text{ см}^2$, об'ємом до 5 см^3 та товщиною 5,3 мм, що достатньо для хірургічного лікування об'ємних дефектів альвеолярних відростків щелеп. У хворих з брахіфаціальним типом лиця доцільно обрати відправне місце розрізу в середній та задній ділянках щічного трикутника, що знаходиться на відстані 23,5 мм від оклюзійної поверхні верхніх молярів, довжина розрізу не повинна перевищувати 3 см, для ретракції тканин слід застосувати їх форсоване відведення або додаткову інструментальну мобілізацію, з подальшим забором автотрансплантату площею до $15,0 \text{ см}^2$, об'ємом до $5,7 \text{ см}^3$ та товщиною 6,7 мм, що достатньо для хірургічного лікування об'ємних тканинних дефектів альвеолярних відростків щелеп. У хворих з доліхофаціальним типом лиця слід локалізувати відправне місце розрізу в задній частині щічного трикутника, що знаходиться на відстані 38,5 мм від оклюзійної поверхні верхніх молярів, довжиною розрізу в межах 1,5 см з подальшою атравматичною ретракцією тканин щічної ділянки для забору та автотрансплантації щічного жирового тіла площею $9,5 \text{ см}^2$, об'ємом до $3,6 \text{ см}^3$ та товщиною 3,9 мм, що достатньо для хірургічного лікування незначних тканинних дефектів альвеолярних відростків щелеп.

У пацієнтів із мезофаціальним типом лиця суб'єктивно встановлено позитивний результат індивідуалізованої автотрансплантації ЩЖТ в усіх клінічних випадках, об'єктивно в 71% пацієнтів виявлено первинне загоєння тканинних дефектів. У пацієнтів із брахіфаціальним типом лиця суб'єктивно встановлено позитивний результат в 40% випадків, об'єктивно у 80% пацієнтів виявлено загоєння тканинних дефектів з відновленням тканинної неперервності. У пацієнтів із доліхофаціальним типом лиця в усіх пацієнтів цієї групи виявлено первинне загоєння тканинних дефектів.

Висновок. Підсумкова оцінка ефективності застосування пропонованого індивідуалізованого підходу, з врахуванням типів лица людей, засвідчує досягнення позитивного кінцевого результату автотрансплантації ЩЖТ при хірургічному лікуванні хворих з дефектами тканин альвеолярних відростків щелеп.

РОЛЬ ХАРАКТЕРУ ПРИ ОЦІНЦІ ПСАФ АДА ПРИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Рузін Г. П., Вакуленко К. М., Аветіков Д.С.

*Харківський національний медичний університет
Українська медична стоматологічна академія*

Проблема вивчення реакції пацієнта на свій стан, майбутнє лікування і його можливі результати все більше стає на порядок денний сучасної медицини.

Одним з напрямків вирішення цього питання є розробка методики ПСАФ АДА, що запропонована М.М.Солов'йовим.

Аналіз розподілу скарг по кластерам показує, що значна кількість їх відноситься до психосоціального кластеру, що не дивно. Адже анатомічні та функціональні порушення цілком об'єктивні і можуть бути оцінені як якісно, так і кількісно. Тоді як ставлення до подій та майбутнього цілком залежить від характеру особистості. Людина може спокійно ставитися до новоутворення м'яких тканин обличчя, порушень прикусу, відсутність зубів, зморшок і ін., та дуже болісно сприймати горбочок носу, пігментну невелику пляму, пігментовані зуби, таке ж невелике новоутворення. Це приклади, що лежать на поверхні, число яких і з того, чи з іншого боку можна збільшити.

Тому нашу увагу привернула можливість, а може бути і необхідність індивідуалізації питань (тестів), що визначають особливості психологічного характеру пацієнта. Думка М. І. Пірогова про те, що рани у переможців загоюються швидше і краще, ніж у переможених підтверджує вплив психологічного стану на фізіологічні процеси в організмі.

Хірургічна стоматологічна патологія складається з чотирьох основних напрямків: запальні процеси, пошкодження тканин щелепно-лицевої ділянки, онкологічні захворювання, як добро так і злоякісного перебігу, станів, при яких потрібне проведення реконструктивно-відновлювальних операцій різного ступеня складності.

Як показує наш попередній невеликий досвід діапазон коливань в реакціях пацієнтів різного психологічного характеру на процеси запального характеру або травми обличчя, переломи не настільки виражені, як у пацієнтів з онкологічними процесами, складними дефектами, деформаціями, в тому числі і косметичного характеру.

На наш погляд, найбільш доцільно використання ПСАФ АДА саме в щелепно-лицевої хірургії. Для більш повної і об'єктивної оцінки внутрішнього стану пацієнта має сенс

відібрати і адаптувати з безлічі існуючих анкет короткий, але інформативний опитувальник, який дозволить попередньо визначити психологічний характер пацієнта, а, вже виходячи з цього, використовувати методику експрес-діагностики.

Природно, ця пропозиція ускладнює процес і збільшує обсяг інформації і час, але на нашу думку, підвищить об'єктивізацію оцінки і, відповідно, позитивно вплине на кінцевий результат.

УНІВЕРСАЛЬНА РОЗБІРНА ПАРОДОНТОЛОГІЧНА ШИНА

Слюсаренко Н.Я., Біда В.І., В'юн Г.І.

*Кафедра ортопедичної стоматології ІС НМАПО ім. П.Л.Шупика
Кафедра стоматології ДЗ «Луганський державний медичний університет»
Кафедра хірургічної стоматології ДЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»*

Резюме

Усунення патологічної рухомості зубів при захворюваннях тканин пародонту залишається важливою складовою успішного лікування. Основною вимогою сучасної шинуючої конструкції при генералізованому пародонтиті є стабільне обмеження рухливості зубів у трьох напрямках, оскільки патологічна рухомість може призводити до поглиблення пародонтальних кишень та утворення кісткових дефектів. Мета дослідження: розробити та удосконалити універсальну розбірну пародонтологічну шинуючу конструкцію, за рахунок жорсткості якої зменшиться патологічна рухомість та в той же час, при потребі, була б можливість знімати цю конструкцію без пошкодження зубів та цілісності конструкції. Матеріали та методи досліджень: дослідження включало 50 пацієнтів з генералізованим пародонтитом II-III ступеня тяжкості з наявністю зубів із різними ступенями рухомості. Результати: розроблена, випробувана та впроваджена конструкція універсальної розбірної пародонтологічної шини, яка необхідна для стабілізації рухомих зубів при захворюваннях тканин пародонту. Висновки: вперше запропонована та впроваджена універсальна розбірна пародонтологічна шина для шинування рухомих зубів при генералізованому пародонтиті.

Ключові слова: генералізований пародонтит, пародонтальна шина, розбірна шина.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ОСЕЇН-ГІДРОКСИАПАТИТНОГО
КОМПЛЕКСУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ АТРОФІЇ ТА ВИЗНАЧЕННІ
ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩЕЛЕП У ЖІНОК В
ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ**

Солоджук Ю.І., Рожко М.М.

*Кафедра стоматології післядипломної освіти
Кафедра хірургічної стоматології
Івано-Франківський національний медичний університет*

Актуальність проблеми. Вимірювання щільності кісткової тканини щелеп використовуючи дані конусно-променевої комп'ютерної томографії вважається достовірним, оскільки при даному методі виміри проводяться на основі об'єктивно відкаліброваної шкали Гаунсфілда. Щільність кісткової тканини щелеп є одним із визначальних факторів, які можуть впливати на успішність при проведенні хірургічного лікування атрофії кісткової тканини щелеп, зокрема у жінок в постменопаузальному періоді.

Мета дослідження є оцінка щільності кісткової тканини верхньої та нижньої щелеп у жінок постменопаузального віку з остеопенією до та після хірургічного лікування атрофії кісткової тканини щелеп з використанням остеопластичного матеріалу та осеїн-гідроксиапатитного комплексу.

Матеріали і методи дослідження. Нами було проведено спостереження за 63 жінками постменопаузального періоду з остеопенією, віком від 50 до 59 років. Всі дані конусно-променевої комп'ютерної томографії було переглянуто за допомогою One Volume Viewer, експортовано за допомогою програмного забезпечення SIMPLANT 11.04, після чого в програмному забезпеченні SIMPLANT 11.04 відбувався розрахунок щільності кісткової тканини.

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні визначення щільності кісткової тканини у хворих I групи (лікування проводилось запропонованим нами методом із використанням осеїн-гідроксиапатитного комплексу), перед хірургічним втручанням середнє значення показників щільності кісткової тканини складало $434,25 \pm 123,11$ ($p < 0,05$) одиниць Гаунсфілда. При вимірюванні показників щільності кісткової тканини у хворих II групи зі зниженими показниками щільності кісткової тканини (лікування проводилось із використанням остеопластичного матеріалу), перед хірургічним втручанням складало $395,45 \pm 76,21$ одиниць Гаунсфілда. У III досліджувальній групі у хворих показники щільності кісткової тканини були в межах норми (лікування проводилось із використанням остеопластичного матеріалу) показники щільності кісткової

тканини перед хірургічним втручанням складала $579,87 \pm 98,43$ одиниць Гаунсфілда. Через 6 місяців після хірургічного втручання та використання осейн-гідроксиапатитного комплексу у хворих I групи показники щільності кісткової тканини складала $440,12 \pm 81,54$, у $440,12 \pm 81,54$ хворих II групи - $390,76 \pm 79,45$, у $580,54 \pm 95,21$ хворих III групи - $580,54 \pm 95,21$ одиниць Гаунсфілда.

Висновки. За результатами дослідження спостерігається ефективність використання осейн-гідроксиапатитного комплексу при хірургічному лікуванні атрофії кісткової тканини щелеп у жінок постменопаузального віку з остеопенією в поєднанні із остеопластичним матеріалом терміном через 6 місяців після хірургічного втручання.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У АМБУЛАТОРНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПЕРЕД ПРОВЕДЕННЯМ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Сторожева М. В., Григоров С. М., Рекова Л. П.

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Харківський національний медичний університет*

В даний час стоматологічна допомога населенню залишається однією з найбільш масових і затребуваних. Не дивлячись на те, що більшість мануальних процедур проводиться із застосуванням різних методів знеболення, більшість пацієнтів перед прийомом у лікаря-стоматолога відчувають стан тривожності, аж до емоційного стресу. При цьому у хворих виникають зміни, які проявляються значним підвищенням рівня катехоламінів, що супроводжується тахікардією, гіпертензією, стенокардією, порушення роботи вегетативної нервової системи. За даними наукової літератури, 50-70% стоматологічних хворих мають потребу у прийомі седативних препаратів, 70-100% хворих потребують психологічної підготовки.

Частота і ступінь тяжкості ускладнень загального характеру при хірургічних втручаннях безпосередньо залежить як від наявності супутних захворювань, так і від ступеня вираженості стресу у хворого. Тому перед стоматологічними операціями для профілактики виникнення невідкладних станів необхідна оцінка психоемоційного стану хворого. Однак визначення ступеня індивідуальної виразності стресових реакцій у хворих на стоматологічному прийомі, їх корекція та профілактика вивчені ще недостатньо.

Для реалізації цих завдань необхідно використовувати експрес-метод дослідження, який дозволить визначити рівень тривожності хворого і обґрунтувати індивідуальну схему премедикації та коригувати його психологічного навантаження.

Метою роботи є обґрунтування використання методу оцінки психофізіологічного стану хворих перед хірургічним стоматологічним втручанням на підставі отриманих результатів досліджень.

Матеріали і методи дослідження. Всього було досліджено 59 хворих у віці від 35 до 65 років (29 чоловіків, 36 жінок), які звернулися до хірурга стоматолога з метою санації порожнини рота з діагнозом: загострення хронічного періодонтиту - 32 осіб, гострий гнійний одонтогенний періостит - 19 осіб, гострий обмежений остеомієліт - 8 хворих.

Перед проведенням хірургічного втручання для визначення ступеня тривожності у хворих проводили психофізіологічний метод дослідження із застосуванням тесту-опитувальника (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на винахід №20533 від 18.05.2007г.),

Показники якого вносили в анкету. Пацієнт самостійно заповнював тест за 30 хвилин до стоматологічного прийому. Лікар отримував заповнений пацієнтом тест-опитувальник і підсумовував бали. За отриманими результатами досліджень хворих розподіляли на групи в залежності від ступеня тривожності.

При сумі балів до 25 хворі розподілялися в 1 групу (низький ступінь тривожності), при наявності показників від 25 до 30 балів пацієнт визначався до 2 групи (середня ступінь тривожності), при сумі балів 31 і вище, хворі відносились до 3 групи дослідження (висока ступінь тривожності).

Для оцінки стану нейровегетативної системи у хворих (з урахуванням віку та гендерної приналежності) проводили розрахунок вегетативного індексу Кердо після першого виміру тиску і пульсу за формулою $I = \frac{AT-d}{P}$, де AT - систолічний артеріальний тиск, d - діастолічний і P - пульс. За норму приймалось позитивне число, тобто зрушення в бік переважання симпатичної іннервації, а результат у вигляді негативного числа визначався як зрушення в бік парасимпатичної іннервації.

Результати дослідження та їх обговорення. Всього було обстежено 59 хворих у віці від 35 до 65 років (29 чоловіків, 36 жінок).

В результаті проведених досліджень встановлено, що розподіл хворих в залежності від ступеня тривожності було представлено таким чином: хворі з низьким ступенем тривожності 13 осіб (22%), з помірним ступенем тривожності 38 осіб (64%), пацієнти з дуже високим ступенем тривожності 6 осіб (14%).

При цьому зовнішні ознаки у хворих першої групи симптоми психоемоційного напруження були лабільними, їх визначення було можливо тільки при постановці прямих запитань, видимих змін в поведінкових реакціях не спостерігалось.

У другій групі хворих визначалися стійкі і виражені ознаки психоемоційних реакцій, в поведінці хворих переважали симптоми збудження центральної нервової системи.

У третій групі у пацієнтів спостерігалось зниження рівня критичності до своїх вчинків, психоемоційний перезбудження слабо контролювалося при вербальному контакті з медичним персоналом.

Таким чином, в антистресової корекції психоемоційного стану перед проведенням хірургічного втручання потребували хворі другої і третьої груп дослідження, причому їх загальна кількість склала 78% о т загального числа обстежених хворих.

При вивченні індексу Кердо було встановлено, що в групі жінок результат був у вигляді негативного числа (0,6). У чоловіків цей показник був у вигляді позитивного числа (1,0). На

підставі цих даних можна зробити висновок, що у жінок переважав парасимпатичний тонус, а у чоловіків симпатичний тонус вегетативної нервової системи, що так само необхідно враховувати при виборі методів знеболення з урахуванням індивідуальних особливостей психоемоційного стану пацієнта.

Дані, отримані в результаті проведення дослідження, підкреслюють перспективність проведення подальших досліджень по антистресовій корекції у хворих стоматологічного профілю хворих з різною виразністю ступеня тривожності і сприяє підвищенню безпеки та ефективності проведеного стоматологічного лікування.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ФІБРОЗНОЇ ДИСПЛАЗІЇ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У КЛІНІЦІ КАФЕДРИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Тарнавська Л.В., Пюрик В.П., Тарнавський П.В.

*Кафедра хірургічної стоматології
Івано-Франківський національний медичний університет*

Фібозна дисплазія кісток - захворювання, при якому кісткова тканина заміщається особливою сполучною тканиною з невеликими включеннями кісткових трабекул. Розростання сполучної тканини призводить до порушення функцій і до деформації кістки. Найчастіше при цьому захворюванні уражаються довгі трубчасті кістки, але можлива і фібозна дисплазія кісток черепа, таза, ребер. Причини захворювання до кінця не з'ясовані. Можлива генетична схильність, але спеціальні дослідження не проводилися. Припускають, що захворювання починається з порушень у формуванні мезенхіми ще на ембріональному етапі.

Метою нашого дослідження є вчасна діагностика та ефективне лікування таких рідкісних недуг.

Об'єктом дослідження була хвора, 28 років, з діагнозом фібозна дисплазія верхньої щелепи зліва. Хвора звернулася зі скаргами на значну, наростаючу асиметрію обличчя зліва. Ніяких інших скарг на запальні явища чи болі у щелепі не було, інколи турбували болі у лівому оці. Із анамнезу захворювання відомо, що незначні зміни у конфігурації обличчя хвора почала відмічати ще у 10 річному віці. Тоді ж пацієнтка звернулася до лікувального закладу, де їй було проведено біопсію верхньої щелепи та підтверджено діагноз фібозна дисплазія верхньої щелепи зліва. Від подальшого лікування хвора відмовилася. Під час повторного звертання у клініку, у віці 28 років, при об'єктивному обстеженні, при пальпації виявлено бугристість та деформацію верхньої щелепи зліва без ознак запалення прилеглих тканин, протрузію тканин в ділянці лівої верхньощелепової кістки. Із додаткових методів обстеження, а саме комп'ютерної томографії та рентгенологічного обстеження, стало відомо, що є дифузне розростання тіла верхньої щелепи зліва разом з альвеолярним відростком, осередки просвітління чергуються з ділянками ущільнення, тобто патологічно змінена кісткова тканина гетерогенної структури; кістка виглядає крапчато на знімку, що є характерним рентгенологічним симптомом для цього захворювання, чітко видно деформацію верхньощелепової кістки; часткова облітерація гайморової пазухи; корені зубів верхньої щелепи зліва знаходяться в патологічно зміненій кістковій тканині. Патологічний утвір не виходить за межі медіальної стінки гайморової пазухи зліва та повністю виповнює її.

Результати. На підставі даних анамнезу, об'єктивного обстеження та додаткових методів нами був поставлений діагноз фіброзна дисплазія верхньої щелепи справа, монооссальна форма. Пацієнтці було проведене хірургічне висічення ураженої кістки, призначено протизапальну терапію, вітамінотерапію тощо. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Зараз хвора знаходиться на амбулаторному лікуванні, під спостереженням.

На підставі викладеного можна зробити **висновок** про проблематику діагностики рідкісних захворювань. Схожість симптомів зазвичай маскує цю патологію, що надзвичайно утруднює встановлення діагнозу, а також призначення вірного лікування. Це вимагає від лікарів максимальної обізнаності, уваги і здатності до аналізу.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИХ АЛЬВЕОЛІТІВ

Челій А.О., Макогон Г.С., Рудейчук Д.М.

Клініка «Estetstudio», м.Івано-Франківськ

Актуальність теми. Профілактика та лікування альвеолітів до теперішнього часу представляє певні труднощі, незважаючи на використання великої кількості засобів і методів, але, жоден з них не є оптимальним. Видалення зуба – найпоширеніша операція в амбулаторній хірургічній стоматології. У нормі після видалення лунка повинна загоюватися кілька днів. У випадку відсутності згустка рана інфікується, виникає альвеоліт і репаративні процеси сповільнюються. Альвеоліт – це досить поширене запальне ускладнення після операції видалення зуба, що супроводжується симптомами, провідними з яких є біль у лунці з іррадіацією та частковий або повний розпад кров'яного згустка. При цьому альвеоліт розвивається в 2–3 % випадків після простого видалення зубів і у 20 % пацієнтів після атипової екстракції. Дані літератури свідчать про зростання даного ускладнення в хірургічній стоматологічній практиці.

Метою дослідження є ефективність використання «альвеостаз – губки» в якості захисту лунки, застосування препарату «Генгігель».

Матеріали і методи: обстежені 45 пацієнтів у віці 20 - 55 років, в яких після видалення зубів лунки наповнювалися сумішшю «альвеостаз - губки» і в післяопераційний період призначався препарат «Генгігель».

Результати дослідження. У хворих за добу значно зменшувалися місцеві ознаки запалення: гіперемія і набряк тканин альвеолярного відростка. Даний метод дозволив досягти безболісного загоєння лунки в 43 (95,5%) пацієнтів, відсутності ознак запалення в 45 пацієнтів (100%), крайової епітелізації на 5 день в 41 (91,1%) пацієнта.

Висновок: використання «альвеостаз – губки», введеної в альвеолу після екстракції зуба із застосуванням препарату «Генгігель» в післяопераційний період, не тільки захищає кісткову тканину від впливу слини і мікрофлори, а й виявляє комплексну позитивну дію на запальний процес, регенерацію, мікроциркуляцію, трофіку тканин.

ЦІННІСТЬ КОМПОНЕНТІВ АУТОКРОВІ ПРИ ВИКОРИСТАННІ СКАФОЛД-ТЕХНОЛОГІЙ

Чумаченко О.В., Пермінов О.Б.

*Київський національний медичний університет ім.О.О.Богомольця
Кафедра хірургічної стоматології
Івано-Франківський національний медичний університет*

Вважається, що при заповненні скафолдами післяопераційних кісткових дефектів або після ревізії запальних вогнищ нова кістка росте від периферії до центру, заміщуючи трансплантат і одночасно змінюючи його властивості. Доставка всіх необхідних для початку репаративного процесу матеріалів починається з зони контакту кісткового ложа і імплантата. Властивості матеріалу для імплантата і його гідрофільність визначають його здатність інкорпорувати хімічний і клітинний матеріал з навколишніх тканин. Важливими є і властивості рідини-провідника від стінки кісткового дефекту до імплантованого матеріалу. Привабливим стає використання на цю роль компонентів аутологічної крові.

Мета: вивчення складу компонентів аутологічної крові, добутих за спрощеною технологією та їх можливість проникати в імпланти з порами 10 мкм.

Нам вдалося з'ясувати, що найбільшу проникність показали плазма крові, рідина з гелю та їх суміш (що особливо важливо). Процедура замочування трансплантату займала всього 15 – 20 хвилин в період оперативного втручання. Ми використовували скафолди оригінальної технології, що дозволяло збільшувати пори в момент гідратації до 30 – 40 мікрон і більше. Тому разом з неклітинним матеріалом (білки, жири, вуглеводи, мінерали, сигнальні молекули та ін.) в скафолди легко попадає перша клітинна делегація (тромбоцити та лейкоцити) – така важлива на першому ранньому етапі репаративного остеогенезу.

Гель з аутокрові, рідкий або після незначного відтиснення перешкоджає гідратації скафолдів – бо формує фібринову сітку, проте він ефективний при проведенні гемостазу, утриманні матеріалу, для підтримування об'єму, тощо. Широке використання мембран з фібринового гелю набуло в місцях контакту трепанаційних отворів з окістям, в ділянках деепітелізованих норниць або в місцях порушення цілісності розмежування дефектів та синусів (захисна, механічна, гемостатична функції). Слід пам'ятати, що руйнація таких мембран починається вже з 4 – 5 дня, що співпадає з початком крайової епітелізації ран.

Висновки. Проведені нами морфологічні дослідження дозволяють стверджувати, що компоненти аутологічної крові мають реальні клінічні можливості при застосуванні в щелепно-лицевої хірургії і стоматології. Всі отримані матеріали мають різне призначення.

Суміш плазми і рідини з фібринового гелю містить природну або дещо підвищену кількість лейкоцитів і тромбоцитів. Ця суміш ефективно проникає в розроблений нами скафолд із змінною геометрією осередків, що забезпечує посів тромбоцитів і лейкоцитів вже до внесення матеріалу в кісткові дефекти. Суміш плазми і рідиною з гелю з дрібними фрагментами скафолда заповнює контактна простір між інконгруентними поверхнями ложа-реципієнта і великими фрагментами скафолда. Фібріновий гель з різним ступенем втрати рідини корисний для гемостазу на раневих поверхнях ложа-реципієнта і для утримання об'ємів скафолду різної тривимірної геометричної конструкції.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ПРИРОСТУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИХ ДЕФЕКТАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПІД ВПЛИВОМ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ

Штибель Н.В., Варес Я.Е., Штибель Д.В.

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Актуальність. На сьогодні проблема реабілітації післяопераційних хворих залишається актуальною, незважаючи на існування низки методів заміщення постекстракційних дефектів (ПД) з метою відновлення анатомічної цілісності та функції зубо-щелепної системи [Sheikh Z et al, 2019]. При цьому відносно високою є частка порушень кісткоутворюючих процесів, яка за повідомленнями різних дослідників становить 2,7-27,1% [Stewart S et al, 2015; Ansari M, 2019], що вказує на доцільність пошуку методів оптимізації репаративного остеогенезу. Наявна в літературі інформація засвідчує позитивний вплив радіальної ударно-хвильової терапії (УХТ) на об'єм і структуру здорової кісткової тканини – як на потовщення кортикального шару та підвищення мінерального насичення кісткової тканини, так і на процеси остеогенезу [Герцен ГІ та співавт, 2017; Варес ЯЕ, Штибель НВ, 2019], втім залишається недостатньо вивченою клінічна ефективність застосування цього методу у щелепно-лицевій ділянці.

Наукова новизна. Доповнено знання про клінічне застосування радіальної УХТ на нижній щелепі пацієнтів з метою оптимізації процесу загоєння кісткової тканини у ПД. Вперше визначено потенціал УХТ в оптимізації цього процесу в залежності від характеру кісткової основи ПД.

Мета – клінічно оцінити приріст кісткового регенерату, отриманого під впливом УХТ в ділянці ПД.

Матеріали і методи. Було обстежено 18 пацієнтів після атипового видалення третіх нижніх молярів із виповненням ПКД колагеновою губкою, імпрегнованою гідроксиапатитом кальцію та бета-трикальцій фосфатом. Пацієнти основної групи (n=12) отримували курс радіальної УХТ (Storz Medical Master Plus MP100 (Storz Medical, Німеччина)) по 500 імпульсів. КПКТ нижньої щелепи проводили на 4-й, 30-й та 90-й день (Vatech Green 16 (Vatech, Південна Корея)). Товщину та відносну площу регенерату вимірювали на 30-й та 90-й день у середовищі Ez3D Plus 1.2.6.20 (Vatech, Південна Корея). Усі дослідження проводились у відповідності до Конвенції Ради Європи «Про захист прав людини і людської гідності в зв'язку з застосуванням досягнень біології та медицини: Конвенція про права

людини та біомедицину (ETS №164)» від 04.04.1997р. і Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (2008р.).

Результати. Достовірно ($p < 0,01$) значний приріст товщини кісткового регенерату спостерігався в усіх ділянках вимірювання в основній групі пацієнтів із ПД ($+8,7 \pm 2,8$ мм в основній групі та $+4,1 \pm 0,4$ мм в контролі на 90-ий день спостереження). Водночас, виявлено статистично значущу різницю ($p < 0,05$) між цими ділянками всередині груп: при порівнянні вираженості репаративного остеогенезу, закономірним є встановлене його переважання в ділянках дефекту із губчастою основою, де приріст в основній групі становив $+5,5 \pm 1,4$ мм на 30-ий день та $+8,7 \pm 2,8$ мм на 90-ий день, тоді як у ділянках з компактизованою основою – лише $+4,4 \pm 1,0$ мм на 90-ий день, що первинно зумовлено різницею в трофіці регенерату та більшою кількістю вистилаючих остеобластів на поверхнях кісткових балок. Через 3 місяці після втручання ПД контрольної групи було виповнено лише на 60,16%, натомість, в основній групі спостерігалось заміщення до 98,15% площі ПД з врахуванням ранньої вертикальної втрати кісткової тканини альвеолярного відростка.

Висновки. Застосування радіальної УХТ у післяопераційному періоді в комбінації із використанням кістковопластичних матеріалів значно стимулює утворення кісткової тканини в ділянці ПД нижньої щелепи.

АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ КСЕНОГЕННИХ МАТЕРІАЛІВ В КЛІНІЦІ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Яворський М.В., Воробець А.Б.

*Стоматологічне відділення КНПТРР «Тернопільська центральна районна лікарня»
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України*

Поширеність в структурі стоматологічних хвороб захворювань пародонта, часте виникнення їх у молодому віці, схильність до прогресування, що спричиняє втрату зубів і соціальну дезадаптацію хворих, зумовлює актуальність наукових розробок даного напрямку. Захворювання призводить до прогресуючої втрати об'єму кісткової тканини альвеолярних відростків щелеп, зниження клінічного рівня фіксації ясен, оголення шийок та коренів зубів, патологічної рухомості та втрати зубів [2, с. 5-12; 4, с. 73-76].

На сучасному етапі розробок і впровадження нових технологій у хірургічній стоматології, в імплантації та пародонтології, застосування остеопластичних матеріалів здобуває широкого поширення у зв'язку з появою новітніх біоматеріалів, що резорбуються. Часткова або повна відсутність зубів завжди супроводжується ознаками атрофії кісткової тканини щелеп. При використанні дентальних імплантатів в таких клінічних ситуаціях це є показанням до усунення дефіциту об'єму кістки. У таких випадках необхідне попереднє або одномоментне відновлення кісткової тканини з встановленням імплантатів [3, с. 153-155].

З цією метою широко використовуються ксеногенні кістковозаміщуючі матеріали. Вказані матеріали являють собою депротейнізований кістковий матрикс тваринного походження. Вони володіють хорошими остеокондуктивними властивостями. Перевагою ксеногенних матеріалів є висока волюметрична стабільність і прогнозованість біологічної поведінки. На відміну від кісткових аутотрансплантатів, вони не мають остеоіндуктивних та остеогенних властивостей. У післяопераційний період ксеногенні кістковозаміщуючі матеріали зазнають повільної біодеградації та перебудови, виступаючи матрицею для проростання кровоносних судин та утворення нових кісткових структур. У процесі репаративної регенерації та ремоделювання кістки, що реалізуються остеогенними клітинами реципієнтної зони, кістковозаміщуючий матеріал розсмоктується й заміщується новоутвореною кістковою тканиною [1, с. 153-155].

Сучасними науковцями при дослідженні особливостей регенерації кісткової тканини після остеопластики ксеногенним матеріалом встановлено, що регенерація кісткової тканини супроводжується підвищення рівня остеокальцину в крові і активності остеобластів. Також відмічено збільшення кількості дрібних судин в кістковому регенераті, що свідчить про збільшення інтенсивності процесів ревазуляризації та остеогенезу [3, с. 29-34].

Рядом авторів встановлено, що ксеногенний матеріал виступає в якості матриці для побудови власної кістки. Процес ремоделювання ксеногенних трансплантатів пов'язаний з реваскуляризацією, міграцією остеогенних клітин-попередників реципієнтної ділянки, їх проліферацією та диференціацією, розсмоктуванням ксеногенного депротейнізованого мінерального матриксу та побудовою на його місці нової кісткової тканини з її наступним дозріванням і перебудовою [6, с. 42-46].

Важливим недоліком застосування ксеногенних кістковозаміщуючих матеріалів ряд авторів вважають те, що кістковий конгломерат, який утворюється після їх пересадки, за морфофункціональними та біомеханічними характеристиками не відповідає інтактній кістковій тканині. Це, зокрема, визначає тривалий період часу між кістково-пластичною операцією та встановленням дентальних імплантатів, а також обмежені показання до застосування ксеногенних кістковозаміщуючих матеріалів [5, с. 995-1005].

Література:

1. Костенко С.Б. Порівняльна оцінка направленої тканинної регенерації в дентальній імплантації при використанні різних типів остеопластичних матеріалів / С.Б. Костенко, Р.Ю. Маруха, А.С. Чобей // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2017. – Випуск 2 (56). – С. 153-155.
2. Павленко О.В. Морфологічні основи вибору кістковопластичних матеріалів у пародонтології / О.В. Павленко, Е.О. Дмитрієва // Морфологія. – 2011. – Том V, № 1. – С. 5-12.
3. Палій А.В. Особливості регенерації кісткової тканини після остеопластики ксеногенним матеріалом / А.В. Палій // Медицина транспорту України. – 2014. – № 2. – С. 29-34.
4. Пюрик В.П. Розробка нових способів фіксації бар'єрних мембран при лікуванні хворих на генералізований пародонтит методом направленої тканинної регенерації / В.П. Пюрик, Н.Я. Слюсаренко, Г.Б. Проць, В.Л. Когут // Галицький лікарський вісник. – 2013. – Т. 20, № 1 (частина 1). – С.73-76.
5. Черненко В. М. Можливість використання методики безпосередньої імплантації з негайним навантаженням з використанням остеопластичних ксеногенних матеріалів (огляд літератури) / В. М. Черненко, О. В. Любченко // J. Clin. Exp. Med. Res. – 2017. – № 5(4). – С. 995-1005.
6. Шпачинський О.С. Вивчення архітекτονіки кісткової тканини в ділянках субантральної аугментації з використанням ксеногенних кістковозаміщуючих матеріалів / О.С. Шпачинський, В.С. Скібіцький, А.В. Копчак // Сучасна стоматологія. – 2018. – № 2. – С. 42-46.

ВПЛИВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ НА ФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ МОТИВАЦІЇ

Янковецька І.М., Ожоган З.Р., Базилевич Т.М.

*Кафедра ортопедичної стоматології
Івано-Франківський національний медичний університет*

Стоматологічна допомога являється однією із найбільш затребуваних і соціально значимих серед медичних послуг. Розвиток цієї галузі медичної науки, професіоналізм спеціалістів різних профілей стоматологічної служби, сучасне обладнання дають можливість запроваджувати в практику нові, перспективні методи лікування. Однак, по даних ВОЗ, проблеми карієсу зубів і захворювань тканин пародонту залишаються не вирішеними сучасною медициною, а їх актуальність визначається ростом рівня потреби населення в спеціалізованій стоматологічній допомозі.

ВОЗ визначає здоров'я людини як складову повного фізичного, духовного і соціального благополуччя. Багаточислені дослідження вказують на низький рівень інформованості населення в питаннях профілактики стоматологічних захворювань і індивідуальної гігієни порожнини рота, що свідчить про наявність проблем організації санітарної просвіти. Головною метою санітарної просвіти в стоматології являється підвищення мотивації населення до збереження свого здоров'я, в тому числі і стоматологічного.

Таким чином, мотивація до звернення за стоматологічною допомогою являється одним з факторів, які впливають на поширеність карієсу зубів, його ускладнень і захворювань тканин пародонту.

Мотивація - це психічна характеристика людини, кінцевою метою якої являється формування його активності і спонукання до досягнення мети. Мотивація сприяє корисній, з точки зору здоров'я, зміні відношення пацієнта до стоматологічних захворювань і їх профілактики.

Одним з важливих факторів, які формують поведінкові установки людини, являється страх перед стоматологічним лікуванням, а також негативні емоційні переживання з приводу стоматологічних втручань в минулому. В свою чергу, стан страху, тривоги на прийомі у лікаря-стоматолога викликає збільшення частоти серцевих скорочень, частоти дихання, підвищення артеріального тиску, потовиділення. Ці функціональні зміни в організмі пацієнтів поглиблюють негативну установку на майбутнє лікування. В результаті такі хворі ідуть з прийому, відмовляються від необхідності стоматологічної допомоги і являються на прийом в періоди гострого або загострення хронічних одонтогенних захворювань.

Метою даної роботи є розробка індивідуально-типологічного підходу до оцінки особливостей психофізіологічного стану у осіб з різним рівнем мотивації звернення за стоматологічною допомогою і визначення закономірностей його організації.

Для реалізації поставленої мети передбачено рішення наступних задач:

1. Розробити і визначити критерії оцінки рівня мотивації до звернення за стоматологічною допомогою у осіб молодого віку.
2. Оцінити залежність стоматологічного статусу студентів від рівня мотивації до стоматологічних лікувально-профілактичних заходів.
3. Визначити вплив вихідних індивідуальних типологічних особливостей особи і вегетативного статусу на формування рівня мотивації до своєчасного звернення за стоматологічною допомогою.
4. Розробити практичні рекомендації по індивідуально-типологічному підходу до оцінки особливості психофізіологічного стану пацієнта і вибору методу оптимізації мотивації своєчасного звернення за стоматологічною допомогою.

Проведена оцінка рівня стоматологічної мотивації у студентів ІФНМУ і виявлена роль психофізіологічних особливостей особистості молодих людей в процесі її формування.

В анкетуванні прийняли участь 80 студентів стоматологічного факультету. Для аналізу мотивації використовували експрес метод кількісної оцінки рівня стоматологічної мотивації, в основу якого покладений Мінесотський багатопрофільний особистістний опитувальник, який враховує психофізіологічні особливості особистості пацієнта.

В ході проведеного дослідження виявлено, що, не дивлячись на переважне поширення високого рівня стоматологічної мотивації серед майбутніх лікарів, тільки 42% студентів відвідують стоматолога з профілактичною метою. В процесі формування стоматологічної мотивації велике значення мають психофізіологічні особливості особистості молодих людей: їх комунікабельність і схильність до тривожно-депресивних проявів.

Вивчення і врахування факторів, які формують активну мотивацію до лікувально-профілактичних стоматологічних заходів відкриває реальну можливість вибору більш ефективної індивідуальної форми санітарно-просвітницької роботи з врахуванням психофізіологічних особливостей особистості пацієнта.

ЗМІСТ

ВПЛИВ ГІПОТИРЕОЗУ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА СЛИННИХ ЗАЛОЗ	
Ананевич І.М., Ожоган З.Р., Попадинець О.Г., Пастух М.Б., Котик Т.Л., Грищук М. І.	2
ЗУСТРІЧНІ КОНСТРУКЦІЇ З ДИОКСИДУ ЦИРКОНУ – ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ	
Бібен А.В., Ожоган З.Р., Павлишин В.В.	4
МЕХАНІКО-МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ КОНТАКТНОЇ ВЗАЄМОДІЇ РЕСТАВРАЦІЇ ІЗ ТКАНИНАМИ ЗУБА	
Бульбук О.В., Рожко М.М., Велечкович А.С., Бульбук О.І.	5
ЛІКУВАННЯ ІЗОЛЬОВАНИХ ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ ДНА ОРБИТИ: ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	
Варес Я.Е., Філіпський А.В., Пастернак Ю.Б., Філіпська Т.А.	7
ПРОБЛЕМИ ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЩЕЛЕПНО- ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ	
Волошина Л.І., Скікевич М.Г.	9
ВИКОРИСТАННЯ ПЕКТИНОВИХ РЕЧОВИН ПРИ ЛІКУВАННІ АЛЬВЕОЛІТІВ	
Гайошко О.Б., Пюрик В.П., Косенко С.В., Гаврилів Г.М., Альхалелі Вісам Абдалкаріам Алджабар.	11
КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕЄСТРАЦІЇ МАКСИМАЛЬНОЇ ІНТЕРКУСПІДАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЧАСТКОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ	
Глушко Т.Р., Вовк Ю.В., Вовк В.Ю.	14
ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ХІРУРІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	
Ідашкіна Н.Г., Чернов Д.В.	17
ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ПРОТОКОЛУ ЛІКУВАННЯ ПРИ НАЯВНОСТІ МАЛИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ У ДІЛЯНЦІ ВІДСУТНІХ ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ	
Ковалюк А.В., Ожоган З.Р.	20
НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ, ЯК ГАРАНТІЇ УСПІХУ ДІЙ ЛІКАРЯ В ПРАКТИЧНІЙ ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я	
Косенко С.В., Гайошко О.Б., Гаврилів Г.М., Музиченко Н.І.	22
ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ, ІМУНОЛОГІЧНИХ ТА МЕТАБОЛІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЛИНУ ЗАГОСТРЕНОГО ТА АГРЕСИВНОГО (ШВИДКОПРОГРЕСУЮЧОГО) ВАРІАНТІВ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ	
Кучеренко Т.О.	25
ПОШИРЕНІСТЬ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ ЩО ПАЛЯТЬ	

Лісецька І.С., Рожко М.М.	28
ВПЛИВ ОСТЕОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТРУКТУРУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)	
Лучинський М.А., Лисоконь Ю.Ю., Лучинський В.М.	30
АТРАВМАТИЧНЕ ВИДАЛЕННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО НОЖА	
Макогон Г.С., Челій А.О., Рудейчук Д.М.	32
ОДОНТОГЕННІ ГАЙМОРИТИ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА	
Макогон Г.С., Рудейчук Д.М., Челій А.О.	34
НЕГАЙНА ДЕНТАЛЬНА ІМПЛАНТАЦІЯ	
Макогон Г.С., Челій А.О., Рудейчук Д.М.	36
ПОРІВНЯННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДИКИ ЗАКРИТОГО КЮРЕТАЖУ ТА НЕХІРУРГІЧНОЇ ПАРОДОНТАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	
Матвійків Т.І., Герелюк В.І., Нейко Н.В., Павелко Н.М.	38
СТАН ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ (ІЛ-17) ПРИ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ	
Матолич У.Д., Масна-Чала О.З.	39
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВІДНОВЛЕННЯ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ РЕТИНОВАНИХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	
Неханевич Ж.М.	41
ВИБІРКОВА ДИСЦИПЛІНА «ІМПЛАНТАЦІЯ ЯК СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЗАМІЩЕННЯ ВТРАЧЕНИХ ЗУБІВ» - НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ НА КАФЕДРІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	
Ожоган З.Р., Мізюк Л.В., Бугерчук О.В., Обідняк В.З., Сухоребський Ю.І.	43
РЕЗУЛЬТАТИ КОНДИЛОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В РАННІ ТА ВІДДАЛЕННІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЮ ФОРМОЮ ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ТВЕРДИХ ТКАНИН, ПОЄДНАНОЮ ІЗ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ	
Ожоган З.Р., Петришин С.В.	45
СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ ПОЄДНАНИХ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА	
Ожоган Р.З., Ожоган З.Р.	47
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ОСТЕОПЕНІЄЮ	
Пантус А. В., Деркач Л. З., Ярмошук І. Р.	49
ПОТРЕБА РЕКОНСТРУКТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ ПРИ ІМПЛАНТОЛОГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПОВНОЇ ВІДСУТНОСТІ ЗУБІВ	

Пелехан Б.Л.,Рожко М.М.....	51
ЕЛЕКТРОФОРЕЗ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ НЕЕПІДЕМІЧНИХ ПАРОТИТІВ	
Пермінов О.Б., Чумаченко О.В., Лісовська І.В., Аль-Алхарса Дхєя Ххаміс Хашім.....	53
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ «МЕРІДОЛУ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА	
Попович З.Б., Ярмошук І.Р., Боднарук Ю.Б.	55
СУЧАСНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ	
Проць Г.Б., Івасюк А.В., Дмимтрук Ю.Р.	57
ОПТИМІЗАЦІЯ ОПЕРАЦІЇ СИНУС-ЛІФТИНГУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ	
Проць Г.Б., Пюрик В.П., Ничипорчук Г.П.	59
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЧИН НЕЗАДОВІЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ	
Проць Г.Б., Івасюк А.В., Грищук І.О., Дмитрук Ю.Р.	62
ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПРИСІНКА РОТА У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ	
Пюрик В.П., Махлинець Н.П., Красій М.В.....	64
РЕАЛІЗАЦІЯ МОДЕЛЕЙ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ	
Пюрик В. П., Деркач Л. З., Ярмошук І. Р., Тарнавська Л. В., Мельник Н. С., Боднар Р.В., Алан Рашід.....	66
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ЩОДО ВИБОРУ МЕТОДИКИ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ПІД ЧАС ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ	
Расінська Т.С.	69
РЕЗУЛЬТАТИ АНТРОПОМЕТРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АУТОГЕЛЮ ФІБРИНУ ЗБАГАЧЕНОГО ТРОМБОЦИТАМИ (PRF) ТА ГІДРОКСИПАТИТУ КЕРГАП (БІОМІН) ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ЗУБНОЇ КОМІРКИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА	
Рожко М.М., Ільків, М.М. Герелюк В.І.	72
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АУТОГЕЛЮ ФІБРИНУ ЗБАГАЧЕНОГО ТРОМБОЦИТАМИ (PRF) ТА ГІДРОКСИПАТИТУ КЕРГАП (БІОМІН) ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ЗУБНОЇ КОМІРКИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ II-III СТУПЕНЯ РОЗВИТКУ	
Рожко М.М., Ільків, М.М., Герелюк В.І.	75
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ АЛЬВЕОЛЯРНИХ ВІДРОСТКІВ ЩЕЛЕПИ ШЛЯХОМ АВТОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ЩІЧНОГО ЖИРОВОГО ТІЛА У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ОБЛИЧЧЯ	
Ружицька О.В. , Вовк Ю.В.....	78

РОЛЬ ХАРАКТЕРУ ПРИ ОЦІНЦІ ПСАФ АДА ПРИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ	
Рузін Г. П., Вакуленко К. М., Аветіков Д.С.....	81
УНІВЕРСАЛЬНА РОЗБІРНА ПАРОДОНТОЛОГІЧНА ШИНА	
Слюсаренко Н.Я., Біда В.І., В'юн Г.І.	83
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ОСЕЇН-ГІДРОКСИАПАТИТНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ АТРОФІЇ ТА ВИЗНАЧЕННІ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩЕЛЕПИ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	
Солоджук Ю.І., Рожко М.М.	84
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У АМБУЛАТОРНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПЕРЕД ПРОВЕДЕННЯМ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ	
Сторожева М. В., Григоров С. М., Рекова Л. П.....	86
СПОСТЕРЕЖЕННЯ ФІБРОЗНОЇ ДИСПЛАЗІЇ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У КЛІНІЦІ КАФЕДРИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	
Тарнавська Л.В., Пюрик В.П., Тарнавський П.В.	89
СУЧАСНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИХ АЛЬВЕОЛІТІВ	
Челій А.О., Макогон Г.С., Рудейчук Д.М.	91
ЦІННІСТЬ КОМПОНЕНТІВ АУТОКРОВІ ПРИ ВИКОРИСТАННІ СКАФОЛД-ТЕХНОЛОГІЙ	
Чумаченко О.В., Пермінов О.Б.	92
РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ПРИРОСТУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИХ ДЕФЕКТАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПІД ВПЛИВОМ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ	
Штибель Н.В., Варес Я.Е., Штибель Д.В.....	94
АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ КСЕНОГЕННИХ МАТЕРІАЛІВ В КЛІНІЦІ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	
Яворський М.В., Воробець А.Б.....	96
ВПЛИВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ НА ФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ МОТИВАЦІЇ	
Янковецька І.М., Ожоган З.Р., Базилевич Т.М.....	98