



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ





**Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет**

**КОМОРБІДНІ СТАНИ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ
ПРАКТИЦІ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ.
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ
СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ.
ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ**

**Матеріали Всеукраїнської дистанційної
науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

**06 грудня 2024 року
Харків – місто-герой України**

Всеукраїнська дистанційна науково-практична конференція
з міжнародною участю
**«КОМОРБІДНІ СТАНИ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ
ЛІКУВАННЯ. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ
ОСВІТИ В УКРАЇНІ. ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ»**

Коморбідні стани в стоматологічній практиці. Сучасні аспекти лікування. Перспективи розвитку вищої медичної стоматологічної освіти в Україні. Виклики сьогодення: Всеукраїнська дистанційна науково-практична конференція з міжнародною участю, 06 грудня 2024 р., м Харків. – Харків: ХНМУ, 2024 – 101 с.

Матеріали Всеукраїнської дистанційної науково-практичної конференції з міжнародною участю «Коморбідні стани в стоматологічній практиці. Сучасні аспекти лікування. Перспективи розвитку вищої медичної стоматологічної освіти в Україні. Виклики сьогодення»: Зб. наукових праць. – Харків, ХНМУ, 06 грудня 2024. – 101 с.

Відповідальність за грамотність, автентичність цитат, вірогідність фактів і посилань несуть автори публікацій. Передрук і відтворення опублікованих у збірнику матеріалів будь-яким способом дозволяється тільки при посиланні на Всеукраїнську дистанційну науково-практичну конференцію «КОМОРБІДНІ СТАНИ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ. ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ»



Матеріали інтернет-конференції розміщені на Web-сторінці
Харківського національного медичного університету
(в Репозитарії ХНМУ) за адресою:

<https://repo.knmu.edu.ua/communities/8dba0c46-533b-42d1-b27f-637ad45878ae>



Відповідальний за випуск: Томілін В.Г.

Комп'ютерна верстка та дизайн: Томілін В.Г.

Адреса оргкомітету:

Кафедра ортопедичної стоматології ХНМУ
Університетський Стоматологічний Центр ХНМУ
проспект Перемоги, 51, Харків, 61000, Україна

Затверджено Вченою радою
Харківського національного медичного університету.

Протокол № 16
« 19 » грудня 2024 р.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

- **Валерій Васильович М'ясоєдов** – голова, ректор ХНМУ, доктор медичних наук, професор кафедри медичної біології, заслужений діяч науки і техніки України;
- **Ігор Володимирович Завгородній** – в.о. проректора з наукової роботи, доктор медичних наук, професор;
- **Наталія Миколаївна Савельєва** – декан стоматологічного факультету ХНМУ, професор кафедри стоматології ННІ ПО ХНМУ, доктор медичних наук, професор;
- **Ігор Володимирович Янішен** – гарант ОПП «Стоматологія», доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри ортопедичної стоматології ХНМУ;
- **Вячеслав Геннадійович Томілін** – кандидат медичних наук, доцент кафедри ортопедичної стоматології ХНМУ;

Коморбідні стани в стоматологічній практиці. Сучасні аспекти лікування. Перспективи розвитку вищої медичної стоматологічної освіти в Україні. Виклики сьогодення: 06 грудня 2024 р., м Харків. – Харків: ХНМУ, 2024 – 101 с.

У збірнику представлено матеріали фахівців та молодих науковців закладів вищої освіти. Доповіді присвячено сучасним аспектам теоретичної та практичної стоматології, актуальним питанням діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у дорослих та дітей, інноваційним технологіям у стоматологічній практиці, особливостям надання стоматологічної допомоги в умовах воєнного стану. Наукове видання рекомендовано науково-педагогічним працівникам стоматологічного профілю, лікарям практичної охорони здоров'я, докторантам, аспірантам, магістрантам, здобувачам освіти, а також широкому колу читачів, які цікавляться проблемами сучасної стоматології.

Всеукраїнська дистанційна науково-практична конференція
з міжнародною участю
**«КОМОРБІДНІ СТАНИ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ
ЛІКУВАННЯ. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ
ОСВІТИ В УКРАЇНІ. ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ»**

ЗМІСТ

INDIVIDUAL TECHNOLOGICAL APPROACH TO MANUFACTURING DENTAL STRUCTURES BASED ON DENTAL IMPLANTS. <i>Albahr Ahmed, Zahradzka O.L.</i>	11
ПИТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ. <i>Бадалов Р.М., Коваленко Г.А., Гордієнко С.А.</i>	13
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АБАТМЕНТІВ РІЗНОЇ КОНСТРУКЦІЇ ПРИ ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ <i>Біда О.В.</i>	15
ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕЛЯЦІЇ ПРОЯВІВ СКРОНЕВО - НИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА БРУКСИЗМУ. <i>Бреславець Н.М., Ніконов А.Ю.</i>	17
РЕЗУЛЬТАТИ ВИЗНАЧЕННЯ ТОКСИЧНОСТІ УДОСКОНАЛЕНОГО ВІТЧИЗНЯНОГО А-СИЛІКОНОВОГО ВІДБИТКОВОГО МАТЕРІАЛУ <i>Бугаєв В. Ю.</i>	20
МЕТОД ЗНИЖЕННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ЗНІМНИХ ЧАСТКОВИХ ПРОТЕЗІВ НА СЛИЗОВУ ОБОЛОНКУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПОЛЯ СТРУМУ ВИСОКОЇ ЧАСТОТИ <i>Варв'янський П.Ю., Волковицька Т.А., Кириленко М.О.</i>	22
ДІАГНОСТИКА ТА КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГЛОСОДИНІЄЮ <i>Воропаєва Л.В., Крючко А.І., Томіліна Т.В.</i>	25
ANALYSIS OF THE ABILITY OF DENTAL FACULTY STUDENTS TO DETERMINE THE COLOR OF ARTIFICIAL AND NATURAL TEETH BY VISUAL METHOD <i>German S.A., Kukla M.M., Karaban S.V.</i>	28

ОЦІНКА ПОТРЕБИ В ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ <i>Горбунов А.А.</i>	30
РОЛЬ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЯК ІНСТРУМЕНТУ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ <i>Дворник В.М., Ілляшенко Ю.І., Кузь Г.М., Семененко І.П., Перепелова Т.В.</i>	32
АЛЬВЕОЛІТ ЯК ПІСЛЯ ЕКСТРАКЦІЙНЕ УСКЛАДНЕННЯ: СТРУКТУРА, ПРИЧИНИ ТА ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ <i>Ель-Хамад Діма Ходр, Діасамідзе Е.Д.</i>	34
СТВОРЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТЬОГО ПРОСТОРУ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЯК ІНСТРУМЕНТУ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ <i>Ілляшенко Ю.І., Дворник В.М., Семененко І.П., Мартиненко І.М., Петренко Р.В.</i>	37
СВІТОВІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ <i>Ілляшенко Ю.І., Луцькова Ю.С., Шеметов О.В., Павліш І.В.</i>	40
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНІХ ПОРУШЕНЬ СКРОНЕВО - НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ ШЛЯХОМ МЕТОДУ ГІДРАВЛІЧНОЇ РЕПОЗИЦІЇ <i>Костюк Т.Р., Литовченко Н.М.</i>	42
НОВІ ПІДХОДИ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ АПІКАЛЬНИМ ПЕРІОДОНТИТОМ <i>Костючик А.В.</i>	44
ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ЗАСОБІВ ДІАГНОСТИКИ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ З ІМПЛАНТОЛОГІЄЮ» <i>Кузь В.С., Тесленко О.І., Кузь Г.М., Добровольська О.В., Баля Г.М.</i>	47
ПІДГОТОВКИ ВИКЛАДАЧІВ ДО СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ <i>Куліш С.А., Погоріла А.В., Кричка Н.В., Сідорова О.В.</i>	50
ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ В ОСВІТЬОМУ ПРОЦЕСІ <i>Любченко О.В., Баглик Т.В., Гармаш О.В., Воропаєва Л.В., Стеблянко Л.В.</i>	52
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ <i>Любченко О.В., Стеблянко Л.В., Баглик Т.В., Гармаш О.В., Гур'єва Т. Є.</i>	55

VARIETIES OF ADHESIVE MATERIAL FOR FIXATION OF COMPLETE REMOVABLE PLASTIC PROSTHESES.	58
<i>Movchan O.V., Taravneh Sh.J., Dyudina I.L., Pereshivaylova I.O.</i>	
ВПЛИВ ПОПУЛЯРНИХ ДІЄТ НА СТАН ПОРОЖНИНИ РОТА	60
<i>Назаренко З.Ю., Ляшенко Л.І., Браїлко Н.М., Павленко С.А., Ткаченко І.М.</i>	
ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ: СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ.	62
<i>Перешивайлова І.О., Дюдiна І.Л., Томiлiн В.Г., Кричка Н.В., Кулiш С.А..</i>	
МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ТА ПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ МНОЖИННІЙ ВТРАТІ ЗУБІВ НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕПІ	64
<i>Російський П.В., Таравнех Ш.Д., Діасамідзе Е.Д.</i>	
ДОПОВІДЬ ПРОФЕСОРА ІМПЕРАТОРСЬКОГО ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ П.І.ШАТІЛОВА НА ОДОНТОЛОГІЧНОМУ З'ЇЗДІ В ХАРКОВІ (1911 РІК)	67
<i>Рябокoнь Є.М., Рябокoнь Р.Є.</i>	
ПИТАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ НАСТОРОЖЕНОСТІ НА ПРИЙОМІ ЛІКАРЯ-ОРТОДОНТА	69
<i>Стоян О.Ю., Савельєва Н.М.</i>	
ДІАГНОСТИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ БІОМАРКЕРІВ MMP8 ТА ОСТЕОПОНТИНУ В ОНКОХВОРИХ ЗІ СТОМАТОПАТОЛОГІЄЮ НА ФОНІ ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ПРИФРОНТОВІЙ ЗОНІ	72
<i>Філон А.М.</i>	
РІВЕНЬ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ОРТОПЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ	75
<i>Цинкуш Р.В.</i>	
ЦЕФАЛОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ПАЦІЄНТІВ НА ПОЧАТКОВИХ СТАДІЯХ РОЗВИТКУ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТУ З НАЯВНИМИ САГІТАЛЬНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	77
<i>Чумак Н. М., Костюк Т. М.</i>	
ПРИЙОМ АЗИТРОМІЦИНУ МОЖЕ МОДУЛЮВАТИ ФУНКЦІОНАЛЬНУ РОЛЬ МАКРОФАГІВ ЯСЕН ПРИ ПАРОДОНТИТІ	80
<i>Шинкевич В.І., Коломієць С.В., Удальцова К.О., Скрипников П.М., Кайдашев І.П.</i>	
СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ПОЛІМОРБІДНІСТЬ У ПРАКТИЦІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	82
<i>Якіменко Є.С., Діасамідзе Е.Д.</i>	

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ОПЕРАЦІЇ ПРЕПАРУВАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ПІД ОПОРУ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ. <i>Янішен І.В., Дюдіна І.Л., Томілін В.Г., Мовчан О.В., Кричка Н.В.</i>	85
ПОВНА ВТРАТА ЗУБІВ: ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTІ, ПОТРЕБИ В ЛІКУВАННІ ТА КЛІНІЧНІЙ КАРТИНІ. <i>Янішен І.В., Кричка Н.В., Дюдіна І.Л., Куліш С.А., Перешивайлова І.О.</i>	87
ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ» <i>Янішен І.В., Кричка Н.В., Томілін В.Г., Погоріла А.В., Куліш С.А.</i>	91
АНАЛІЗ ПОТРЕБИ В ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ ЖИТЕЛІВ М. ХАРКОВА І ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ. <i>Янішен І.В., Куліш С.А., Кричка Н.В., Перешивайлова І.О.</i>	94
АНАЛІЗ ПОРУШЕННЯ КРАЙОВОГО ПРИЛЯГАННЯ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ У КОРОТКІ СТРОКИ КОРИСТУВАННЯ ПІСЛЯ ПОСТІЙНОЇ ФІКСАЦІЇ <i>Янішен І.В., Сідорова О.В.</i>	97
Показчик авторів	99

СТЕНДОВІ ДОПОВІДІ

ОЦІНКА РІВНЯ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ М. ЗАПОРІЖЖЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ОРТОПЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА УСКЛАДНЕННЯМ З БОКУ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА.

Возний О.В., Цинкуш Р.В.

*(Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології)*

ГЛОСАЛГІЯ У КОМОРБІДНОГО ПАЦІЄНТА: ВИКЛИК ДЛЯ СТОМАТОЛОГА.

Воропаєва Л.В.¹, Крючко А.І.¹, Томіліна Т.В.²

(Харківський національний медичний університет,

¹ Кафедра терапевтичної стоматології, ² Кафедра стоматології ННІ ПО)

ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТЕМПАРАЛЬНИХ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАСОБІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЇ ПАРОДОНТА ТА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА.

Кокарь О.О., Смірнова І.В.

*(Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології)*

ОРГАНІЗАЦІЯ СКРИНІНГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ.

*Котляревська Е.В., Демченко А.В., Возний О.В., Павлов С.В., Карнаух М.Н.
(Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології,
ННМЦ «Університетська Клініка ЗДМФУ»)*

КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ ПРИ ПРОТЕЗНОМУ СТОМАТИТІ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

*Марченко К.В., Дворник В.М., Мартиненко І.М.
(Полтавський державний медичний університет,
Кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією)*

ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В СТОМАТОЛОГІЇ

*Матвієнко Н.Д.
(Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології)*

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАРОДОНТИТУ У МЕШКАНЦІВ ПРИФРОНТОВОГО ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

*Мельник А.Л., Максимов Я.В.
(Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології)*

НЕ ФАРМАКОЛОГІЧНІ МЕТОДИ УПРАВЛІННЯ ПОВЕДІНКОЮ ДІТЕЙ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ.

*Откаленко П.В., Прокопенко В.М.
(Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Кафедра
терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології)*

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ: РОЛЬ СТОМАТОЛОГА І ЛІКАРЯ-ІНТЕРНІСТА.

Рябоконт Є.М.¹, Рябоконт Р.Є.²

*¹Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,
Кафедра стоматології,*

²Харківський національний медичний університет)

ФТОР. ЙОГО РОЛЬ В СТОМАТОЛОГІЇ

*Сидоренко К.
(Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології)*

ПЕРЕДОВА STEM-ОСВІТА ПРИ НАВЧАННІ У СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ШКОЛІ

Томілін В.Г.

*(Харківський національний медичний університет,
Кафедра ортопедичної стоматології)*

ІНТЕГРАЛЬНІ ІМУНОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА СТОМАТИТ.

Томіліна Т.В., Савельєва Н.М.

*(Харківський національний медичний університет,
Кафедра стоматології ННІ ПО ХНМУ)*

СКРИНІНГ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ІМПЛАНТАТІВ.

Чертова С.О., Возний О.В.

*(Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології)*

СПОСІБ ОБ'ЄМНОГО МОДЕЛЮВАННЯ МЕЖ БАЗИСУ ЗНІМНОГО ПРОТЕЗА

Янішен І.В., Куліш С.А., Кричка Н.В., Погоріла А.В., Перешивайлова І.В.

*(Харківський національний медичний університет,
Кафедра ортопедичної стоматології)*



INDIVIDUAL TECHNOLOGICAL APPROACH TO MANUFACTURING DENTAL STRUCTURES BASED ON DENTAL IMPLANTS

International Humanities University

Department of general dentistry

Odesa, Ukraine

Scientific leader: associate professor of the Department of General Dentistry,
Doctor of Medicine, associate professor, Zahradaska Olena Leonidivna

Introduction. The growing interest of doctors and patients in the use of implants as a support for orthopedic structures has contributed to the appearance on the market of a huge number of different dental implant systems. According to the latest estimates, more than 2 million are installed annually in the world. implants [Pye AD et al., 2009; Jang HW et al., 2011].

Unsatisfactory results of dental implantation (about 6% of cases) are mostly attributed by specialists to insufficient osseointegration of implants, for monitoring and forecasting of which an adequate set of diagnostic methods has been developed [Tonetti M., 2012; Müller F., 2013; Chang HY et al., 2015; Moraschini V., 2015; Thoma DS, 2015].

The purpose was to improve the quality of dental implant application due to an individual technological approach.

Materials and methods. On the basis of the Department of General Dentistry An individual approach to the formation of occlusal surfaces of orthopedic dental structures based on intraosseous implants was substantiated and developed at the International Humanities University, which provides better indicators during the period of adaptation to prostheses and a lower risk of late inflammatory complications of dental implantation.

A complex of diagnostics was also developed at the stages of treatment with non-removable orthopedic structures based on intraosseous implants and their further operation (supplements the examination of the dental status and radiological picture with the data of X-ray densitometry, physicochemical and biochemical examination of

oral fluid with calculation) osseointegration and predict the risk of late complications of dental implantation in this contingent of patients.

The results. We obtained the results of the effectiveness of using an individual-typological approach (specifically, the features of the functional occlusal relief of the lateral teeth) in the overall success of the results of dental implantation and orthopedic treatment based on these implants (75 patients in clinical groups and 35 volunteers in the reference group), which is reflected in table 1.

Table 1.

The general volume and nature of research, structured by stages and used methods of the individual-typological approach

Nature of research	Groups of techniques	Patients were examined
Individual typological approach to strategy and tactics dental orthopedic care	Determination of occlusal relief and functional indicators of occlusion of lateral teeth in the reference group. Occlusography. Electromyography. Gnathodynamometry.	35
	The same in the group with the installation of implants, abutments and fixed structures. Dynamic assessment of osteointegration, dental status, adaptation to structures.	40
	The same is the case when reproducing the individual typology of the occlusal relief of the lateral teeth of the preparation of fixed structures.	35

Conclusions. In the treatment of patients with fixed dental structures based on dental implants, it is advisable to use an individual typological approach. For this, the complex of medical and diagnostic measures for patients with partial absence of teeth and pathology of hard tissues of the teeth must include the computer occlusography procedure, which involves sequentially obtaining a digitized image of the relief of the occlusal surfaces of the teeth, calculation of functional indicators of occlusion and determination.

Literature:

1. Brechlichuk, PP, and PO Maistruk. "Endodonto-endoosseous implantation in modern dentistry: opportunities, problems and prospects of the method's application (literature review)." *Clinical Dentistry* 4: 10-17.
2. Kang, DY, Duong, HP, & Park, JC (2020). Application of deep learning in dentistry and implantology. *Journal of implantology and applied sciences*, 24(3), 148-181.
3. Sailer, I., Karasan, D., Todorovic, A., Ligoutsikou, M., & Pjetursson, BE (2022). Prosthetic failures in dental implant therapy. *Periodontology* 2000, 88(1), 130-144.
4. Lytovchenko, N. M., & Volovar, O. WITH. (2024). Introduction to dental implantation. History of dental implantation. Materials used in dental implantation. Morphology of bone wound healing, grafting of titanium implants, grafting of autobone, allobone, xenobone and bioceramics. Assessment of the functional state of the body and preparation for dental implantation. Local diagnostics during dental implantation. Analysis of X-ray examination data (methodical recommendations).

Бадалов Р.М., Коваленко Г.А., Гордієнко С.А.

ПИТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної та хірургічної стоматології

м. Харків, Україна

Завідувач кафедри, к.мед.н., доц. Діасамідзе Е.Д.

Цукровий діабет – одне з найпоширеніших захворювань людини ХХ століття. На це захворювання страждають люди всіх вікових груп, але особливо насторожує той факт, що останні десятиліття хвороба все частіше вражає особи молодого віку. При цьому клінічна картина захворювання протікає тяжче, а численні ускладнення та ураження органів та систем при цукровому діабеті найчастіше зумовлюють високий ступінь інвалідності хворих працездатного віку. Специфічна терапія не завжди призводить до раціонального лікування та

реабілітації хворих без залучення низки фахівців: окуліста, стоматолога, ортопед-травматолога та ін.

За нашими клінічними спостереженнями поєднання цукрового діабету із хворобами твердих тканин зубів та тканин пародонту зустрічається майже завжди (94,6%). Той факт, що стан ротової порожнини, фізіологічна резистентність твердих тканин зубів і тканин пародонту обумовлена загальним станом організму нині не викликає сумнівів. Цукровий діабет є загальним тяжким захворюванням організму. Клінічна картина хвороби проявляється не тільки функціональною зміною органів та систем, але й призводить до органічних уражень тканин, що є проявом патологічного симптомокомплексу.

Найбільш поширеними патологічними змінами з боку щелепно-лицевої ділянки при цукровому діабеті є пародонтит, стоматит, хейліт, гінгівіт, глосит. У таких хворих відзначаються зниження резистентності твердих тканин зубів, що призводить до численних карієсу та його ускладнень. Слід зазначити високий рівень гіперестезії емалі та дентину, що своєю чергою посилює прояви стоматологічних порушень, обтяжує перебіг основного захворювання. Медикаментозне лікування цукрового діабету не може призвести до позитивного ефекту без раціональної та повноцінної стоматологічної санації порожнини рота. Водночас застосування загальноприйнятих методик та способів комплексного лікування зубощелепної системи при цукровому діабеті не дозволяє відновити втрачені функції.

Лікування, що проводиться, може призвести до дестабілізації зубів пацієнта, що сприяє перевантаженню зубів, що залишилися, або посиленню запальних процесів порожнини рота. Таким чином не раціональні стоматологічні заходи у хворих, що страждають на цукровий діабет, призводять до загострення запально-дистрофічних процесів порожнини рота. Це, у свою чергу, призводить до найважчих змін: до таких, як порушення всіх функцій зубощелепної системи, до втрати окремих або всіх зубів, порушення фізіологічної мікрофлори порожнини рота та зниження імунорезистентності організму.

Тому розв'язування питань, що дозволяють розробити нові клініко-технічні комплексні етапи стоматологічного лікування реабілітації хворих на цукровий

діабет і запобігти можливим ускладненням є стаціонарним завданням і дозволяє не тільки підвищити ефективність стоматологічного лікування таких хворих, а й створити більш ефективної передумови лікування основного захворювання, відновленням працездатності пацієнта і покращення якості його життя.

Література:

1. Гасюк Н.В. Цитологічні і цитогенетичні особливості слизової оболонки порожнини рота людини в нормі та при запальному процесі : автореф. дис. На здобуття наук. ступеня доктора. мед. наук : спец. 14.03.09 «Гістологія, цитологія, ембріологія» / Н.В. Гасюк. – Київ, 2015. – 38. – 16 с.

2. Запара П.С. Дослідження стану капілярного кровообігу в слизовій оболонці протезного ложа стоматологічних пацієнтів, на етапах лікування яких були використані знімні ортопедичні конструкції виготовлені за різною лабораторною технологією. Інноваційні технології в сучасній стоматології. - 2021. - 46 с.

3. Antibacterial Activity of Denture Base Acrylic Resin Containing Apatite-coated TiO₂ Photocatalyst / T. Shibata, K. Kimoto, N. Hamada [et al.] // Bulletin of Kanagawa Dental Colledge. – 2019. – Vol. 37, №2. – P. 105-110.

4. Nakudashvili Z, Barabakadze I, Machavariani M, Ehlukidze M, Delibashvili D, Sanikidze T. Evaluation of the comparative toxicity of various materials for dental prosthetics on cell culture models. Georgian Med News. 2018 Jul-Aug; (280-281): 41-4. PMID: 30204092.

УДК: 616.31; 617.52-089, 616.31-085+616.314-76

О.В. Біда

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АБАТМЕНТІВ РІЗНОЇ КОНСТРУКЦІЇ ПРИ ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

Інститут післядипломної освіти, Кафедра стоматології

м. Київ, Україна

Мета роботи - порівняльна оцінка клінічної ефективності застосування стандартних та індивідуально модельованих абатментів при дентальній імплантації.

Матеріали і методи. Для вирішення завдань дослідження проведено обстеження із застосуванням клінічних та спеціальних методів дослідження 63 осіб віком від 30 до 59 років, з яких 28 чоловіків та 35 жінок, які звернулися за лікувально-консультативною допомогою і мали в порожнині рота незнімні ортопедичні конструкції з опорою на дентальні імплантати.

Пацієнти за типом встановлених абатментів були розподілені на дві групи. До першої групи (I група) дослідження було включено 28 осіб, супраконструкції в яких були виготовлені на стандартних абатментах. Другу групу (II група) дослідження входили 35 осіб, яким були виготовлені ортопедичні конструкції з опорою на дентальні імплантати з індивідуально модельованими протетичними елементами. Третя група (контрольна) складала 12 осіб такої ж вікової групи з інтактними зубними рядами та фізіологічними формами прикусу, які мали інтактні зубні ряди без клінічно діагностованих стоматологічних захворювань. Оцінка стану ортопедичних конструкцій та періімплантантних тканин проводилася шляхом клінічного обстеження з визначенням стану гігієни порожнини рота, аналізу прицільних рентгенограм та комп'ютерних томограм. Також задля визначення наявності запальних процесів у яснах застосовано індекс Silness-Loe (1997).

Результати. Аналіз результатів проведених досліджень засвідчив, що у разі застосування стандартних абатментів, краї штучної коронки що нависають у переважній більшості клінічних випадків не дають змогу проведення гігієнічних заходів як особистої, так і професійної гігієни без зняття супраконструкції, що ускладнює гігієнічний стан порожнини рота. При використанні цементованих конструкцій видалити залишки цементу з ясенної боріздки практично неможливо, що підтримує запальні процеси в слизовій оболонці в зоні дослідження і створює додаткові зони травматичного впливу на періімплантантні тканини та провокує дегісценцію альвеолярної кістки. Зазначені обставини обумовлюють погіршення гігієнічних показників в ділянці дентальної імплантації та зміни запально-дистрофічного характеру періімплантантних тканин. Пацієнтам другої групи було виготовлено без

металові конструкції з індивідуально модельованими абатментами, які дають змогу сформувати оптимальний профіль прорізування, забезпечити відповідні гігієнічні показники та подовжити термін користування ортопедичними конструкціями.

Висновки. Застосування протезних конструкцій з опорою на дентальні імплантати у разі застосування стандартних абатментів через ретенційні властивості конструкції сприяє погіршенню гігієни порожнини рота та запально-дистрофічним явищам периімплантатних тканин. Застосування індивідуально модельованих абатментів та систематичне проведення професійної гігієни порожнини рота підтверджує можливість досягнення позитивного довготривалого клінічного ефекту, запобігання рецесії ясен та дегісценції кісткової тканин в ділянці дентального імплантату.

Ключові слова: ортопедичні конструкції, зубні протези, імплантати, абатменти.

Бреславець Н.М., Ніконов А.Ю.

ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕЛЯЦІЇ ПРОЯВІВ СКРОНЕВО - НИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА БРУКСИЗМУ.

Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна

Кафедра стоматології

м. Харків, Україна

Скронево-нижньощелепна дисфункція (СНЩД) характеризується багатосимптомністю клінічних ознак пов'язаних із патологічним станом щелепно-лицевої ділянки, зокрема жувальних м'язів та скронево-нижньощелепних суглобів. Поліетіологічність СНЩД сприяє розширенню факторів ризику, до яких, деякі автори також відносять бруксизм [1], який характеризується надмірною, мимовільною, спастичною і нефункціональною активністю жувальних м'язів із періодичним надмірним стисканням щелеп та зубів (скреготом зубів) [2, 3].

Біль є основним симптомом з яким пацієнти на СНЩД звертаються до стоматолога. На початковому етапі обстеження, обов'язкове проведення опитування пацієнта з метою уточнення характеру наявного орофасціального болю та його якісних характеристик, що дозволить лікарю отримати інформацію стосовно сприйняття пацієнтом свого стану. Також визначається наявність і частота м'язової активності, та її найвищий пік інтенсивності протягом доби. На перший погляд, здається, існує логічний зв'язок між парафункцією жувальних м'язів та СНЩД, але інколи суб'єктивна оцінка свого стану пацієнтами призводить до перебільшення проявів симптомів.

Метою роботи є дослідження кореляції клінічних проявів бруксизму при встановленій скронево-нижньощелепної дисфункції.

Багато стоматологів вважають, що саме нічний бруксизм є патогенним фактором СНЩД, зв'язку з тим, що саме від бруксизму м'язового походження міофасціальний біль був найстійкішим. [4, 5].

За результатами досліджень Мортазаві Н та ін. [6], які проводили аналіз баз даних PubMed/Medline, Embase, ProQuest, Web of Science та Scopus приведених в статтях і присвячених взаємозв'язку між бруксизмом і СНЩД, наявність бруксизму збільшує ймовірність СНЩД у 2,25 рази, причому денний бруксизм збільшує ймовірність у 2,51 рази, тоді як нічний бруксизм збільшує шанси СНЩД у 2,06 рази.

Інші дослідження вказують, що найважчий ступінь проявів СНЩД спостерігається у пацієнтів з бруксизмом, при стриманому характері прогресування розладу, в наслідок чого, хворі звертаються до лікаря вже при наявності органної патології [7, 8].

Висновок. В наслідок підвищення загальної тривожності суспільства спостерігається тенденція до збільшення кількості встановлених діагнозів СНЩД і бруксизм. Саме біль в наслідок парафункції м'язів може спонукати лікаря до додаткового обстеження і постановки остаточного діагнозу, тому розгляд СНЩД та бруксизму разом буде мати потенційний вплив для позитивного ефекту лікування пацієнтів.

Литература:

1. Ohlmann B, Waldecker M, Leckel M, et al. Correlations between Sleep Bruxism and Temporomandibular Disorders. *J Clin Med*. 2020;9(2):611. Published 2020 Feb 24. doi:10.3390/jcm9020611
2. Lal SJ, Sankari A, Weber, DDS KK. Bruxism Management. [Updated 2024 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482466/>
3. Manfredini, D., et al. "Bruxism: A Summary of Current Knowledge on Aetiology, Assessment and Management." *Oral Surgery*, vol. 13, no. 4, 2020, pp. 358-370, <https://doi.org/10.1111/ors.12454>. Accessed 8 Oct. 2024.
4. Castrillon EE, Exposto FG. Sleep Bruxism and Pain. *Dent Clin North Am*. 2018;62(4):657-663. doi:10.1016/j.cden.2018.06.003
5. Daniele Manfredini, Frank Lobbezoo, Sleep bruxism and temporomandibular disorders: A scoping review of the literature, *Journal of Dentistry*, Volume 111, 2021, 103711, ISSN 0300-5712, <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2021.103711>.
6. Mortazavi, N., Tabatabaei, A.H., Mohammadi, M. *et al*. Is bruxism associated with temporomandibular joint disorders? A systematic review and meta-analysis. *Evid Based Dent* 24, 144 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41432-023-00911-6>.
7. Kapusevska, Biljana & Dereban, Nikola & Popovska, Mirjana & Nikolovska, Julijana & Popovska, Lidija. (2013). Bruxism and TMD disorders of everyday dental clinical practice. *Prilozi / Makedonska akademija na naukite i umetnostite, Oddelenie za biološki i medicinski nauki = Contributions / Macedonian Academy of Sciences and Arts, Section of Biological and Medical Sciences*. XXXIV. 105.
8. Kalamir, Allan & Pollard, Henry & Vitiello, Andrew L. & Bonello, Rod. (2007). TMD and the problem of bruxism. A review. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 11. 183-193. 10.1016/j.jbmt.2006.11.006.

РЕЗУЛЬТАТИ ВИЗНАЧЕННЯ ТОКСИЧНОСТІ УДОСКОНАЛЕНОГО ВІТЧИЗНЯНОГО А-СИЛІКОНОВОГО ВІДБИТКОВОГО МАТЕРІАЛУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної стоматології

м. Харків, Україна

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Янішен І.В.

Вступ. Відбиткові матеріали повинні точно відтворювати структури ротової порожнини, зважаючи на характеристики, такі як точність, стабільність розмірів, еластичність, міцність на розрив, жорсткість та деталізація. Не останнє місце займає і оцінка цитотоксичності для визначення біосумісності цих матеріалів [1]. Хоча багато досліджень вивчають токсичність стоматологічних матеріалів на рівні клітин, і лише кілька зосереджених на відбитковий матеріалах [2]. Вони контактують з тканинами порожнини рота лише короткий час, але їх токсичність стає критичною, якщо частини залишаються в ясенній борозні [3]. Це особливо актуально в імплантології, де залишки матеріалу можуть викликати серйозні запальні реакції і призвести до порушення остеоінтеграції [4].

Мета даного дослідження: визначити можливий токсичний вплив удосконаленого вітчизняного А-силіконового відбиткового матеріалу з декоментаційними властивостями на організм дослідних тварин.

Матеріали та методи. Дослідження токсичності А-силіконового відбиткового матеріалу з деконтамінаційними властивостями (АСВМД) проводили в лабораторії діагностики та імунології ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка» відповідно до етичних принципів експериментів на тваринах. У дослідженні взяли участь 18 статевозрілих самців щурів віком 9 місяців, які були порівну поділені на дві групи. Дослідна група мала одноразовий контакт з досліджуваним матеріалом у дозі 1,0 мг/кг, вплив якого оцінювали протягом 30 днів. Тварини утримувалися в однакових умовах і на повноцінному раціоні. Токсичний вплив досліджували за показниками

основних органів та систем, клінічного аналізу крові [5]. Результати аналізували за допомогою Microsoft Excel 10.0.

Результати. Під час експерименту не було виявлено значних змін у динаміці маси тіла тварин у всіх групах, і вагові коефіцієнти залишалися на стабільному рівні. Маса печінки становила $7,301 \pm 0,167$ г. Масові показники інших органів, таких як селезінка ($0,96 \pm 0,23$ г), серце ($0,79 \pm 0,34$ г) та надниркові залози самців ($0,089 \pm 0,031$ г), не виходили за межі норми після місячного безпосереднього контакту з відбитковою А-силіконовою масою з декоментаційними властивостями. Дослідження впливу цього матеріалу на склад периферійної крові показали, що в дослідній групі не спостерігалось змін у кількості еритроцитів ($5,02 \pm 0,87$) $\cdot 10^{12}$ /л, гемоглобіну ($145,04 \pm 2,19$) г/л, лейкоцитів ($11,83 \pm 0,67$) $\cdot 10^9$ /л. Показники базофілів ($0,00 \pm 0,00$)% та еозинофілів самців ($0,78 \pm 0,32$)% залишалися незмінними. Частка паличкоядерних нейтрофілів складала ($5,09 \pm 0,14$)%, а сегментоядерних нейтрофілів – ($12,13 \pm 0,33$)%. Показники лімфоцитів крові ($89,78 \pm 2,62$)% та моноцитів ($4,12 \pm 1,54$)% також не відрізнялися від нормальних значень контрольної групи.

Висновки. Результати проведеного експерименту свідчать про відсутність значних змін у масі тіла тварин та стабільність вагових коефіцієнтів органів у всіх дослідних групах. Показники маси печінки та інших внутрішніх органів залишалися в межах нормальних значень після місячного контакту з А-силіконовою відбитковою масою, що вказує на відсутність негативного впливу цього матеріалу на фізіологічний стан тварин. Аналіз складу периферійної крові також не продемонстрував відхилень у ключових показниках, таких як кількість еритроцитів, гемоглобіну, лейкоцитів, а також відсотків базофілів та еозинофілів. Ці дані свідчать про те, що використання А-силіконового відбиткового матеріалу не викликало значних змін у гематологічних показниках, підтверджуючи її безпечність для організму тварин у досліджуваних умовах.

Література:

1. Денисенко СВ. Біоетичне ставлення до лабораторних тварин у навчальному процесі. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 2013;13(2(42)):242–5.
2. Tiozzo R, Magagna F, Federica B, Maria C, Bortolini S, Ugo C. Study of the potential cytotoxicity of dental impression materials. Toxicology in vitro: an international journal published in association with BIBRA. 2003;17;657-62. doi:10.1016/S0887-2333(03)00107-3.
3. Shahriar Sh, Mutlu Ö, Dizaj M, Sharifi S, Husain S, Eftekhari N, Ahmadian A. A review on potential toxicity of dental material and screening their biocompatibility. Toxicology Mechanisms and Methods. 2019;29:1-24. doi:10.1080/15376516.2019.1566424.
4. Ключинська Т.І. Створення історичного контролю біохімічних показників сироватки крові щурів Wistar Hannover. Український журнал сучасних проблем токсикології. 2019; 3: 24–9.
5. Бугаєв В.Ю. Дослідження хронічної токсичності удосконаленого вітчизняного а-силіконового відбиткового матеріалу. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2024; 3(87): 98-103.

Варв'янський П.Ю., Волковицька Т.А., Кириленко М.О.

МЕТОД ЗНИЖЕННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ЗНІМНИХ ЧАСТКОВИХ ПРОТЕЗІВ НА СЛИЗОВУ ОБОЛОНКУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПОЛЯ СТРУМУ ВИСОКОЇ ЧАСТОТИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної та хірургічної стоматології

м. Харків, Україна

Завідувач кафедри: к.мед.н., доц. Діасамідзе Е. Д.

Вступ. Одним із найважливіших завдань сучасного суспільства є турбота про здоров'я населення. Питання поліпшення медичної та, особливо,

стоматологічної допомоги, постійно приділяється багато уваги, а ортопедичне лікування хворих із дефектами зубних рядів і відновлення втрачених функцій є важливим показником ефективності стоматологічного лікування. Тому одним із способів підвищення якості ортопедичної допомоги населенню є застосування нових матеріалів та технологій для виготовлення знімних пластинкових протезів. Доцільність цього напряму пов'язана з необхідністю підвищення функціональної цінності знімних пластинкових протезів.

Високі функціональні характеристики, фізико-механічні універсальні властивості акрилових полімерів забезпечили їм широке застосування як у клініці ортопедичної стоматології, так і в інших галузях медицини (щелепно - лицьової хірургії та ін.). І зараз, як в вітчизняній, так і в закордонній ортопедичній стоматології, акрилові пластмаси є основним базисним матеріалом, що задовольняє більшість вимог. Однак попри досить високі функціональні характеристики, акрилові пластмаси не є достатньо біологічно індиферентними для організму людини і мають ряд недоліків, що призводять до різноманітних ускладнень. Дослідженнями як вітчизняних, так і закордонних вчених було доведено, що покращення фізико-механічних властивостей акрилових пластмас може бути досягнуто шляхом додаткового впливу на пластмасу різними фізичними методами (ультразвуком, інфрачервоним, ультрафіолетовим та рентгенівським випромінюванням, гідропневматичною обробкою).

Попри використання цих методів у клініці ортопедичної стоматології, більшість з них не знайшла достатньо широкого застосування з багатьох причин. Тому, як і раніше, продовжується пошук нових методів удосконалення полімеризації базисних акрилових пластмас з метою поліпшення їх фізико-механічних властивостей та підвищення функціональної цінності. Отримані літературні дані послужили основою вивчення питання впливу поля струмів високої частоти на базисні акрилові пластмаси холодного затвердіння. Науковими працями вітчизняних та закордонних вчених встановлено, що поле струмів високої частоти позитивно впливає на різні речовини, певним чином змінюючи їх властивості.

Мета. Метою нашої праці стало вивчення в клінічних умовах ефективності використання базисних акрилових пластмас холодного затвердіння вітчизняного виробництва «Протакрил-М» та «Редонт-03», підданих впливу поля струмів високої частоти.

Матеріали та методи. Як критерій оцінки впливу знімних пластинкових протезів, оброблених СВЧ-полем на слизову оболонку ротової порожнини, вивчали електрофоретичну активність клітин букального епітелію. Визначення електрофоретичної рухливості клітин букального епітелію проводилося на момент звернення та в різні терміни після протезування.

Як ми виявили, значна реакція організму спочатку змінюється невеликими коливаннями показника електронегативності ядер в межах вікової норми. Крім кількісних змін спостерігалися незначні морфофункціональні зміни клітин букального епітелію. Значення амплітуд зміщення ядер клітин букального епітелію у пацієнтів, які звернулися з приводу протезування, вірогідно відрізнялися від аналогічних параметрів у здорових.

Дослідження цього показника в динаміці виявило, що у пацієнтів, які користуються знімними пластинковими протезами, обробленими СВЧ-полем, нормалізація електрофоретичної активності наступала вже на 30 добу. У пацієнтів, які користуються знімними протезами, необробленими СВЧ-полем, зниження цього показника зберігалося на 45 добу і не досягало нормальних величин. У цьому, відзначалися як кількісні, а і якісні зміни у клітинах.

Для всіх обстежуваних пацієнтів, які користуються знімними пластинковими протезами, обробленими СВЧ-полем, відсоток рухливості електронегативних ядер зростав щодо цього до лікування на 40-60%.

Таким чином, користування знімними пластинковими протезами, виготовленими за традиційною технологією, впливає на морфофункціональний стан клітин букального епітелію, порушуючи їхній метаболізм, змінюючи біохімічні та біофізичні процеси в них.

Зараз цей показник розглядається як один з критеріїв фізіологічного стану як ротової порожнини, так і організму в цілому. СВЧ-поле, зв'язуючи

залишковий мономер, знижує його вихід у ротову порожнину, запобігаючи місцевій токсичній дії і тим самим відновлюючи біоенергетичні властивості клітин букального епітелію.

Висновок. На підставі проведених досліджень можна зробити висновок, що вплив СВЧ-поля на знімні пластинкові протези в запропонованому режимі призводить до посилення ядерно-цитоплазматичних реакцій та до нормалізації енергетичних процесів у клітинах, відновлюючи їх електричну активність, стабілізуючи ядерний потенціал, що призводить до відновлення функціонального стану клітини, сприятливо впливаючи на організм у цілому.

Воропаєва Л.В.¹, Крючко А.І.¹, Томіліна Т.В.²

ДІАГНОСТИКА ТА КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГЛОСОДИНІЄЮ

Харківський національний медичний університет

¹ Кафедра терапевтичної стоматології.

² Кафедра стоматології ННІ ПО

м. Харків, Україна

Глосодинія, або синдром пекучості порожнини рота (СППР) — хронічне захворювання порожнини рота, що характеризується відчуттям періодичного або постійного відчуття пекучості в роті без явної причини, що не супроводжується видимими запальними чи іншими морфологічними змінами. [1]. За даними статистики, частота глосалгії серед хвороб орофасіальної зони становить 1–2%. Нозологічна форма «глосодинія» наведена в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду в рубриці «Хвороби порожнини рота» (К 14.6), проте в наданні допомоги пацієнтам із цим захворюванням беруть участь не лише стоматологи, а й фахівці інших спеціальностей, зокрема неврологи.

На сьогодні патогенез розвитку СППР до кінця не відомий, однак існують декілька теорій, які здатні пояснити його. Мультифакторіальна теорія

ґрунтується на тому, що СППР розвивається внаслідок дії одного/декількох локальних/загальних факторів. Цієї теорії зазвичай дотримуються лікарі-стоматологи. Однак результати інших досліджень, представлених зазвичай в галузі неврології, свідчать про те, що в патогенезі розвитку СППР важливу роль відіграє вегетативна нервова система. Залежно від прийнятих уявлень про патогенез значущості або доведеної ролі будь-якого виявленого етіологічного фактора фахівці призначають відповідні схеми лікування.

В останні роки значна увага наукового світу прикута до ролі психогенної складової у формуванні СППР.

Дані літератури свідчать, що провідним проявом СППР є орофациальний біль або печіння. Причини цього синдрому класифікуються як первинні або вторинні. Так, первинним або ідіопатичним СППР вважається за умови відсутності будь-яких клінічних або лабораторних відхилень та може бути асоційований з неврологічними порушеннями. Розвиток вторинного СППР асоційований з основним захворюванням, яке і стало причиною розвитку СППР [1,2].

Лікування глосодинії потребує комплексного підходу із залученням мультидисциплінарної команди фахівців. Терапія включає приймання лікарських препаратів і усунення факторів що травмують.

Клінічний випадок. Пацієнт С., 42 роки, в лютому 2024 звернувся до стоматолога зі скаргами на постійне печіння язика; тривожність і емоційну збудливість. З анамнезу відомо, що перше печіння язика з'явилося пів року тому після чищення зубів у стоматолога. Три роки тому йому зробили протезування керамічними незнімними протезами. Все було добре, і, за словами пацієнта, щось сталося після проведення професійної гігієни порожнини рота. З цими скаргами пацієнт звернувся до свого стоматолога. Зі слів пацієнта, було призначено місцеве лікування у вигляді аплікацій на язик з маслом обліпихи. Спочатку ставало легше, а потім знову відновилося печіння язика. Полоскання трав'яними зборами не дало ефекту, що стало приводом знову звернутися за консультацією до лікаря – стоматолога. Під час опитування було з'ясовано, що періодично

бувала печія, незначне почуття гіркоти у роті. Крім того, посилення печіння з'являється і після оголошення повітряної тривоги, вибухів.

Об'єктивно: керамічний незнімний протез у доброму стані, гігієна ротової порожнини добра, язик обкладений білим щільним нальотом, який знімається частково. Ніяких інших елементів ураження на язиці немає. Слизова оболонка м'якого піднебіння жовтянична, слизова оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, гладка, волога, блискуча. Слини у достатній кількості. Пацієнт збуджений, неспокійний. Було встановлено попередній діагноз: глосодинія. Призначено додаткове обстеження:

1. ПЛР на наявність гриба *Candida albicans* (ДНК грибів не виявлено)
2. Клінічний аналіз крові – змін не виявлено.

Рекомендовано звернутися до лікаря – гастроентеролога, невропатолога, психолога.

Після обстеження у гастроентеролога, зі слів пацієнта, було встановлено захворювання шлунку у вигляді хронічного гастриту, проведено лікування. Призначена дієтотерапія і консультація невропатолога та психотерапевта. В цей час проходить лікування у невропатолога який призначив йому антидепресанти. Печія на даний час відсутня.

В такому випадку тільки комплексний підхід в лікуванні привів до позитивного результату.

Таким чином, глосодинія – самостійна нозологічна одиниця у ряді психосоматичних захворювань, для якої властива коморбідність психопатологічних розладів, неврологічної та соматичної патології з певною структурою психосоматичних співвідношень. Характерні клінічні прояви глосодинії: стійкість (відсутність мінливості) суб'єктивних проявів, переважно соматогенно-обумовлена, тривалість перебігу, що перевищує 6 місяців, характерний спектр коморбідної психічної патології. Глосодинія є діагнозом виключення, що потребує активного діагностичного пошуку, а також комплексного лікування пацієнта спільно з лікарями - інтерністами. Даний

клінічний випадок показує, що у пацієнта є кілька можливих причин розвитку глоссодинії, що потребує комплексного підходу в лікуванні.

Література:

1. Mayo clinic (2019) Burning mouth syndrome. Mayo Clinic, Feb. 14
2. А.Хиць (2021) Глосалгія або синдром пекучості порожнини рота: сучасні концепції. Український медичний часопис. 2021р. 24 травня [електронна публікація] Посилання: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-206704-glosalgiya-abo-sindrom-pekuchosti-porozhnini-rota-suchasni-kontseptsiyi

German S.A., Kukla M.M., Karaban S.V.

ANALYSIS OF THE ABILITY OF DENTAL FACULTY STUDENTS TO DETERMINE THE COLOR OF ARTIFICIAL AND NATURAL TEETH BY VISUAL METHOD

Kharkiv National Medical University

Department of orthopedic dentistry, Kharkiv, Ukraine.

Research advisor: German S.A.

Relevance. Determination and reproduction of the natural tooth shade is considered one of the weakest links in aesthetic dentistry. Although shade determination is a daily routine for many dentists, color reproduction using this process leads to inconsistent results and frequent mistakes. Today, there are many alternative instrumental shade detection methods such as EasyShade, The Shadepilot, CrystalEye, e*Lab protocol. But due to the high cost of instrumental technologies, the most popular and traditional method for matching a shade in dentistry is the use of visual determination using a ready-made scale.

It should also be borne in mind that the color of natural teeth from artificial combinations of shades, the presence of pigment spots, mamelons and other persons, in order to be individual for each clinical case, and it is not always possible to create this using only one shade. The training program for students of dental faculties in

Ukraine not includes trainings for determining the color of teeth, therefore, beginners often have difficulties in this process.

Materials and methods. The study of the skill of visual teeth color matching using standard scales VITA classical (Vita, Germany), 3D-Master among 50 students of the dental faculty of Kharkiv national medical university by artificial set of teeth (Spofa Dental, shade A2) and natural teeth of patients. The study was carried out in two stages, the first: without theoretical preparation of students, the second: after instruction and training.

Results. The study shows the number of students' mistakes during the process of color tooth matching on standard monochrome tooth set (A2 color) without theoretical preparation using the Vita classic scale was found 84%, according to the Vita 3dMaster scale was 88% of mistakes. The results of students' determination of the color of the patient's teeth without theoretical preparation by Vita Classic scale was 96% errors, and by the Vita 3D master scale was 94% errors. After theoretical instructing and practical training on the use of scales, we received the following data: Determination of the color of a standard set tooth by vita scale was 24% of mistakes, and Vita 3D Master was found 12% of mistakes. Also, was determined the data of color teeth matching on the patients. It were found for the Vita scale - 36% mistakes, for the 3D Master – 18 % of mistakes.

Conclusion. Research has shown a high rate of student mistakes without instructions and training of teeth color matching, that was found from 84 to 96% mistakes. It was easier for untrained specialists to determine the correct color according to the Vita classic scale; among the trained specialists, the Vita 3D Master scale showed better results. After the instruction, the number of mistakes in the process of teeth color matching decreased significantly, which is more than two times more accurate compared to the data without preparation. So, the skill of determination the color of teeth can be trained.

ОЦІНКА ПОТРЕБИ В ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Міжнародний гуманітарний університет

м. Одеса, Україна

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Заградська О.Л.

Вступ. Останніми роками поширеність втрати зубів як наслідок, вторинних деформацій зубних рядів залишається на високому рівні [1]. Відновлення втраченої функції зубощелепної системи у пацієнтів з повною втратою зубів або дефектами зубних рядів забезпечує покращення якості їхнього життя [2]. Відомо, що поліпшення якості життя веде до зростання її тривалості [3]. Таким чином, третинна профілактика ураження зубощелепної системи у вигляді відновлення дефектів зубних рядів та беззубих щелеп стає одним із показників, що визначають тривалість життя пацієнтів.

Мета дослідження – оцінити потребу в ортопедичному лікуванні пацієнтів віком від 55 до 75 років та визначити стан їх ортопедичних конструкцій у порожнині рота.

Матеріали та методи дослідження. Проведено огляд порожнини рота, аналіз клінічної картини часткових дефектів зубних рядів та беззубих щелеп, оцінку стану наявних ортопедичних конструкцій, у 19 пацієнтів віком від 55 до 75 років, які з вересня 2023 по січень 2024 звернулись до стоматологічної клініки Міжнародного гуманітарного університету м. Одеси. Проаналізовано дані, отримані в ході оцінки цілісності зубних рядів на верхній та нижній щелепах, потреби пацієнтів в ортопедичному лікуванні, у тому числі через неспроможність протезів; оцінено стан ортопедичних конструкцій. Статистична обробка проводилася у програмі IBM SPSS Statistics 22 та Microsoft Office Excel 2013.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед учасників дослідження було 11 жінок та 8 чоловіків. При оцінці клінічної картини втрати зубів ми виявили, що найбільш поширені кінцеві дефекти зубних рядів (56% на верхній щелепі та 52,6% на нижній). Була оцінена потреба пацієнтів в ортопедичному

лікуванні: протези 12 пацієнтів (63%) не відповідали вимогам до ортопедичних конструкцій, 5 учасників дослідження (26,3%) не мали протезів та потребували ортопедичного лікування; ортопедичні конструкції лише 2 (10,5%) пацієнтів повністю відповідали вимогам. При оцінці стану зубних протезів було встановлено, що найбільш поширеною причиною їх невідповідності є: незадовільна фіксація та стабілізація знімних протезів (78,9%), менш поширені - край коронки, що нависає (15,8%), скол облицювання коронки та розцементування конструкції (10,5% кожна причина). Край коронки, що нависає, викликає хронічну травматизацію слизової оболонки порожнини рота, її наявність своєю чергою корелює з ризиком розвитку злоякісних новоутворень у порожнині рота [6].

Таким чином, отримані нами дані говорять про те, що проблема третинної профілактики втрати зубів у групі, що досліджується, стоїть гостро.

Висновки. У 89,5% пацієнтів є потреба в ортопедичному лікуванні, при цьому 63,3% пацієнтів мають невідповідні розміри протезів стосовно протезного ложа, 26,2% пацієнтів не мають протезів. За даними дослідження в цій віковій групі найчастішими причинами неспроможності ортопедичних конструкцій є незадовільна фіксація та стабілізація знімних протезів (78,9%).

Література:

1. Янішен І.В., Андрієнко К.Ю., Бережна О.О., Погоріла А.В., Салія Л.Г. Оцінка ефективності ортопедичного лікування пацієнтів зі знімними конструкціями зубних протезів на підставі даних якості життя. Експериментальна та клінічна стоматологія. 2018;3(4):40–6
2. Фастовець О.О., Сапальов С.О. Порівняльна клініко-функціональна оцінка ефективності протезування хворих з повною відсутністю зубів на нижній щелепі повними знімними протезами з опорою на імплантати. Вісник стоматології. 2019;1:63–7
3. Кордіяк А.Ю., Братусь-Гриньків Р.Р. Оцінка якості життя пацієнтів після ортопедичного лікування з використанням опитувальника стоматологічного профілю. Український стоматологічний альманах. 2021;1:52-58.

Дворник В.М., Ілляшенко Ю.І., Кузь Г.М., Семененко І.П., Перепелова Т.В.

РОЛЬ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЯК ІНСТРУМЕНТУ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Полтавський державний медичний університет

Кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією

м. Полтава, Україна.

Сучасні підходи до освітнього процесу на фоні глобальної цифровізації вимагають від всіх її учасників змін, які повинні ефективно впливати на формування абсолютно нових підходів до навчання та отримувати високоефективний результат у студентів. Даний підхід реалізується за рахунок впровадження засобів інформаційно-комунікаційних технологій та інформаційно-цифрові технології в освітній процес.

Одночасно з вищезазначеним формуються нові вимоги до фахівців, які викладають у закладах вищої освіти. Фахівець повинен бути компетентним, мобільним, постійно підвищувати свій професійний рівень знань та вмінь шляхом безперервного професійного розвитку та самоосвіти, мати активну життєву позицію, до навчального процесу підходити творчо та мати інноваційний тип мислення, швидко адаптуватися до зміни умов професійної діяльності. Але навіть при дотриманні вищевказаних умов науково-педагогічним працівником, студенти не завжди зацікавлені навчанням у вищих навчальних закладах. Тому одним зі шляхів розв'язання даної проблеми є зміна підходу до проведення навчального процесу зі студентами. Даний підхід розглядає поєднання інноваційних технологій з традиційними методиками навчання, що сприятиме підвищенню ефективності освіти і суттєво позитивно вплине на її якість. Це зовсім не означає, що потрібно відмовитись від традиційного достатньо ефективного навчання. Інноваційні технології застосовують тоді, коли в них є безпосередня потреба.

Науковці поділяють інноваційні освітні технології на три пов'язані між собою частини:

- інноваційний зміст – сприяє розвитку компетенцій всіх суб'єктів освіти (викладач – здобувач вищої освіти);
- нові методики навчання – активні та інтерактивні, які направлені на розвиток компетенцій та ефективну взаємодію всіх суб'єктів освіти;
- впровадження інноваційних технологій різних направленостей в освітній процес.

Дані поняття передбачають підвищення якості освіти і наповнюють освітній процес інноваційними технологіями. В даних умовах проведення навчального процесу викладач виконує роль організатора та повинен створити зі здобувачами вищої освіти умови для прояву ними власної ініціативи в процесі навчання. Навчання шляхом інтерактивних методів спрямовує на особистісно орієнтований підхід в основі якого є тісна співпраця всіх суб'єктів навчального процесу (викладач + студент). В результаті такої співпраці студент повинен отримати свій власний професійний досвід та особистісні новоутворення (здібності, потреби). Ознаками особистісно зорієнтованих технологій є: підтримувальна (фасилітуюча) позиція викладача; студент як основний елемент навчальної діяльності; моделювання цілей студента відносно розвитку здібностей і потреб засобами навчання по предмету; високий рівень самостійності студента; формування нових знань чи особистісних новоутворень.

Інтерактивне навчання мотивує та стимулює інтерес до освітнього процесу, завдяки чому можливо отримати наступні ефекти:

- навчання проходить більш осмислено шляхом підвищення мотивації та участі всіх учасників у розв'язуванні обговорюваної проблеми, що стимулює подальший крок до активного пошуку та дії;
- посилення продуктивності процесів засвоєння, розуміння та творчого застосування знань під час вирішення завдань;
- формування неординарного мислення та шляху виходу з різних ситуацій та шляху виходу з різних ситуацій;

- отримання нового досвіду, спілкування;
- збільшення обсягу знань, умінь, навичок студента;
- здійснювати контроль рівня засвоєння знань та навичок та їх застосування на практиці.

Для успішної реалізації розвитку, застосування та отримання бажаного результату – інноваційний підхід в освіті повинен коригуватися на різних рівнях впливу на освітній процес: зміна підходу до викладання предмета (внутрішньопредметні інновації), розробка та впровадження в практику навчання нових методологічних технологій (загальнометодичні інновації), правильне прийняття керівними органами рішень на основі оцінки ефективності функціонування даних методик (адміністративні інновації) та інновації ідеологічні, які повинен осмислити кожен учасник освітнього процесу, щоб йти паралельно зі світовими тенденціями.

Як висновок можливо зазначити, що інноваційні технології направлені перш за все на підвищення якості підготовки у закладах вищої освіти шляхом становлення студентів як креативних, творчих та самостійних учасників, які можуть проявляти самостійність у вирішенні різних ситуацій. Інновації введені в навчальний процес повинні поліпшити якість освіти в сучасних закладах вищої освіти.

Ель-Хамад Діма Ходр, Діасамідзе Е.Д.

АЛЬВЕОЛІТ ЯК ПІСЛЯ ЕКСТРАКЦІЙНЕ УСКЛАДНЕННЯ: СТРУКТУРА, ПРИЧИНИ ТА ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ

Харківський національний медичний університет,
Кафедра ортопедичної та хірургічної стоматології
м. Харків, Україна

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Діасамідзе Е.Д.

Вступ. Публікації в професійних стоматологічних виданнях за останні роки демонструють зростаючий інтерес до проблеми больових синдромів обличчя. Це пов'язано зі значною кількістю пацієнтів, недостатньою вивченістю цього

питання, його складним поліморфізмом, а також труднощами в діагностиці та лікуванні, що породжує значну кількість важливих проблем у сфері громадського здоров'я [1].

Особливий інтерес для нашого дослідження больового синдрому в області обличчя становили хірургічні втручання на щелепах: після екстракційний альвеоліт, одночасне видалення трьох і більше зубів, видалення великої кількості зубів за короткий проміжок часу при підготовці до протезування, ускладнене видалення зубів мудрості, премолярів, молярів і залишків їхніх коренів, а також видалення ретинованих та дистопованих зубів.

Мета: вивчення структури, причини та частоти виникнення альвеоліту, як після екстракційного ускладнення.

Матеріали та методи. Для дослідження було проведено аналіз архівних документів стоматологічних закладів. Вивчалися амбулаторні карти пацієнтів, журнали планових хірургічних втручань та інші медичні записи, що містили інформацію про діагностику, лікування та реабілітацію пацієнтів із захворюваннями зубощелепної системи.

Результати дослідження. Альвеоліт – це запалення стінок лунки віддаленого зуба. Альвеоліт і луночкова кровотеча є одними з найбільш поширених ускладнень, що часто зустрічаються після операції видалення зуба. За даними ряду дослідників, частота виникнення альвеоліту становить 2–3 % випадків після простого видалення зубів і у 20 % пацієнтів після атипової екстракції [2].

Ми провели аналіз 2000 архівних амбулаторних карт та журналів планових оперативних втручань за 2022-2024 роки у хірургічних відділеннях стоматологічних поліклінік м. Харкова та вивчали наступне: частоту виникнення альвеолітів як після екстракційного ускладнення при хірургічних втручаннях; частоту виникнення та причини розвитку альвеоліту залежно від групової приналежності видаленого зуба, тяжкості операції; динаміку клінічних проявів запалення області лунки віддаленого зуба у процесі лікування альвеолітів, терміни зникнення ексудативних ознак, очищення лунки від некротичних мас,

час появи та характер розвитку грануляційної тканини в лунці, час загоєння та остаточної епітелізації рани; больовий синдром, який виник після проведення хірургічного втручання.

Усього за аналізований період ми отримали наступні дані: у 1624 хворих (81,2% всіх екстракцій) відбувалося типове видалення, а у 376 (18,8% усіх екстракцій) - складне (атипове) видалення зуба.

При 2000 операціях видалення зубів альвеоліт виник у 264 випадках, що становило 13,2% від усіх екстракцій. У 147 пацієнтів був виявлений альвеоліт лунки після типового видалення зуба, у 117 пацієнтів був виявлений альвеоліт після атипичного (складного) видалення зуба.

Певний інтерес представили дані про форми альвеолітів, зареєстрованих у картах амбулаторних хворих за досліджуваний період часу: гнійний – 118 випадків або 44,9%, гнійно-некротичний – 105 випадків або 39,7%, серозний – 40 випадків або 15,4%.

Найчастіше альвеоліт виникав після видалення зубів з приводу хронічного та загострення хронічного періодонтиту у 175 випадках або 66,4%, при видаленні ретинуваних та дистопованих зубів у 61 випадках або 22,9%, після одномоментного видалення трьох і більше зубів у 28 випадках або 10,7%.

Висока частота альвеоліту після хірургічних маніпуляцій з приводу видалення ретинуваних і дистопованих зубів і після одномоментного видалення трьох і більше зубів, пов'язана, мабуть, з великим обсягом операційної травми й тривалістю самого втручання, а також з активністю мікрофлори.

Аналіз клінічних проявів альвеолітів дозволив встановити, що звернення пацієнтів за допомогою з приводу альвеоліту склало $4,2 \pm 1,3$ дні після видалення зуба.

У всіх пацієнтів більшою або меншою мірою був виражений больовий синдром, який залежав від форми альвеоліту. При складному (атиповому) видаленні больовий синдром тримався значно довше, причому болі були виражені, різкі, постійні, що іррадіюють по ходу відповідних гілок трійчастого нерва.

Висновок. Частота виникнення та тяжкість клінічного перебігу альвеоліту після операції видалення зуба залежить від гігієнічного стану ротової порожнини пацієнта, віку, характеру оперативного втручання та ступеня операційної травми навколишніх тканин, тобто травматичне видалення зуба.

Література:

1. Evers S. Facial pain: Overlapping syndromes. Cephalalgia. 2017. Т. 37, № 7. С. 705–713. URL: <https://doi.org/10.1177/0333102417703761> (дата звернення: 20.11.2024).
2. Рошка Ю. О., Горицький Я. В., Гаген О. Ю. Альвеоліт: сучасний стан проблеми. Клінічна стоматологія. 2014. № 2. С. 53–56.

Ілляшенко Ю.І., Дворник В.М., Семененко І.П., Мартиненко І.М., Петренко Р.В.

**СТВОРЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ ЗАКЛАДУ
ВИЩОЇ ОСВІТИ ЯК ІНСТРУМЕНТУ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ
ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ**

Полтавський державний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією,
м. Полтава, Україна.

Останніми роками в Україні стрімко зростає цифровізація освітнього процесу, яка вимагає постійної розробки якісних електронних освітніх ресурсів для створення освітніх інформаційних платформ, що забезпечить доступність до навчання всіх учасників, які задіяні в даному процесі незалежно від місця їх знаходження.

Сучасний освітній процес вимагає використання електронних систем комунікації, пошук та обробка інформації відбувається за рахунок інформаційно-комунікативних технологій. Створення здобувачам вищої освіти свого інформаційно-освітнього простору (ІОП) – суттєво має вплив на організацію і функціонування освітнього закладу, за рахунок відкритості та доступності дозволяє абсолютно прозоро спостерігати за навчальним процесом. Можливість відкрито моніторити за набуттям студентами знань, навичок та оцінювати рівень

фаховості навчально-педагогічних працівників за рахунок фахової інноваційної діяльності колективу.

На думку багатьох науковців для подальшого розвитку і оновлення освіти в теперішній час потрібно формувати єдиний інформаційно-освітній простір з обов'язковим інтегруванням всіх інформаційних освітніх ресурсів. Останнім часом значущу роль відводять створенню та активній наповненості веб-сайтів закладів як важливу частину ІОП освітнього закладу.

Виникнення поняття «інформаційно-освітній простір» пов'язують із активним використанням в галузі освіти інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ). Узагальненого трактування даного поняття поки що не існує, тому різні науковці, які досліджують даний феномен намагаються окреслити поняття про ІОП, його значення для сучасного освітнього процесу.

Поняття окреслює різні явища, які взаємодіють між собою за наявності певної інформації та безпосередньою участю всіх учасників освітнього процесу, внаслідок чого формується та передається цифрова інформаційна освітня діяльність.

Часто «інформаційно-освітній простір» прирівнюють до поняттям «інформаційно-освітнє середовище», але ці поняття тотожні і утворюються внаслідок сукупності різних інноваційних процесів в єдину систему, що за рахунок злагодженості цих процесів дасть максимально ефективний результат. Вищезазначений простір утворюють певні видозмінені підходи до навчання: тісна взаємодія викладача і студентів внаслідок чого майбутній фахівець набуває нових якостей – формується інтелектуальна, конкурентоспроможна, творча особистість, що володіє необхідним набором професійних знань, умінь і навичок. Забезпечується становлення даного процесу завдяки сучасним інноваційним інформаційно-технічним і навчально-методичним засобам (комп'ютерні засоби навчання, використання інформаційних освітніх ресурсів, розробка та застосування інноваційних технологій, методів під час навчального процесу.

Освітній потенціал веб-сайтів достатньо великий, так як дозволяє організувати дистанційне навчання; знаходити інформацію щодо навчального процесу, розглядати навчальний матеріал, який винесено на самостійне

опрацювання студентами; несе інформативний характер – ознайомлення з роботою певних підрозділів з висвітленням різних видів діяльності. А також можливість висвітлювати додаткові ланки, які безпосередньо тісно пов'язані з процесом функціонування сайту – це лінки на освітні платформи, де проводиться дистанційне навчання, лінки на основну та допоміжну літератури з вивчення різних нозологічних одиниць захворювань, лінки на тестувальні бази для контролю рівня знань студентів та багато іншої корисної інформації.

Завдяки тому, що веб-сайти різних підрозділів вміщує в собі основний сайт освітнього закладу, дає можливість всім учасникам освітнього процесу тісно взаємодіяти, обмінюватися досвідом та мати зворотній зв'язок для покращення функціонування всіх рівнів, які задіяні у процесі навчання.

Веб-сайти виконують:

– представницька функція, що дозволяє презентувати заклад освіти в мережі Інтернет;

– інформаційна функція, основне призначення – інформування громадян про особливості закладу, нові освітні стандарти, дієві навчальні програми та плани, що ефективно запроваджуються в освітньому процесі, загальні дані про науково-педагогічний склад підрозділу, її досягнення та ін.;

– комунікаційна функція спрямована на інформаційно-освітнє забезпечення діяльності учасників освітнього процесу, зокрема доступу до необхідних інформаційних та освітніх ресурсів, дистанційної форми здобуття освіти та ін.

Застосування інформаційно-освітнього простору учасниками освітнього процесу стало невід'ємною частиною навчального процесу. Інформаційно-освітній простір виконує більш широкі та глобальні функції впливу на особистість, учасників освітнього процесу. Наявність дієвого веб-сайту закладу освіти сприяє підвищенню ефективності освітньої діяльності, впровадженню педагогічним колективом освітніх інновацій, збільшенню рівня інформаційної відкритості і прозорості закладу вищої освіти.

Ілляшенко Ю.І., Луцькова Ю.С., Шеметов О.В., Павліш І.В.

СВІТОВІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Полтавський державний медичний університет

Кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією

м. Полтава, Україна.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Дворник В.М.

Працюючи в сьогоднішній, в часи стрімкого науково-технічного прогресу та розвитку медичної сфери, світові освітні ресурси зосереджені на постійному навчальному процесі працівників різних сфер медичних галузей. Найефективнішим методом підтримання освіченості та компетентності медичних працівників, як показує світова практика, в тому числі і її застосування в українській медичній сфері є безперервний професійний розвиток (БПР) на весь період професійної діяльності. Такий вид освітнього процесу забезпечує медичних працівників:

- постійним вдосконаленням своїх вмінь та знань,
- покращенням навичок з врахуванням світового досвіду лікування різних видів патологічних станів,
- ефективністю застосування різних методик та підходів на усіх етапах розвитку певного захворювання,
- застосування міжнародних протоколів і стандартів надання допомоги, в тому числі дотримання власних підходів до надання кваліфікованої допомоги пацієнтам, що надає можливість з високою ймовірністю прогнозувати віддалений результат лікування,
- ділитися досвідом між колегами як в межах однієї країни, так і залучати до дискусій закордонних медичних працівників.

Вище згадане забезпечить конкурентоспроможність медичних працівників, «підштовхує» лікаря до самоосвіти та розвитку, формує широкий рівень знань та компетентностей для кращого розуміння механізмів розвитку патологічного стану, підвищує інтерес до професії.

Таким чином фахівець, який досягнув певного рівня знань та постійно продовжує розвиватися, має можливість надавати сучасну допомогу, а також розширюється попит в таких фахівцях на світовому ринку праці різних країн. Для досягнення вищезгаданого потрібно постійно оптимізувати, розробляти та впроваджувати нові освітні програми медичної галузі та застосовувати їх не тільки на рівні дипломованих спеціалістів, але і тих, які ще здобувають вищу медичну освіту для забезпечення робочих місць конкурентоспроможними фахівцями. Освітній процес тонко реагує на зміни в соціально-економічній сфері життєдіяльності країни, тому першочергово потрібно готувати зазначених державою та суспільством спеціалістів, через те, що знання, новітні технології та їх застосування на практиці в сучасному світі становлять суттєву компоненту джерела прибутку в суспільстві та невіддільну частину економіки різних країн світу. Але в умовах сучасного становища в Україні великого поширення набуло дистанційне навчання медичних кадрів та протягом декількох років має велику популярність в медичній освіті. Такий вид навчання забезпечив безперешкодність та доступність отримання підвищення кваліфікації лікарів різних галузей, можливість живої дискусії у форматі реального часу під час навчання, обмін неоціненним досвідом, який отримують лікарі, а також є унікальна можливість ознайомитись з досвідом закордонних методик лікування так і поділитися власними наробітками.

Але як і в кожному новітньому процесі виявилось багато недоліків даної освіти: по-перше – складність проведення подібних заходів (потребує залучення різних фахівців особливо ІТ – профілю), джерел фінансування, важкість забезпечення безперебійності зв'язку в усі куточки України. Активна дискусія в чаті показує різний рівень сприйняття фахівцями такого навчання, достатньо велика різниця в знаннях, які отримали молоді фахівці медичної сфери в університеті та невідповідність застарілих навчальних програм і сучасних тенденцій лікування пацієнтів. Виявилось, що вказані проблеми негативно позначаються на якості освіти та своєю чергою на якості надання медичних послуг.

Оптимізація освітнього процесу для підвищення освітньо-кваліфікаційного рівня знань медичних фахівців з урахуванням сучасних світових тенденцій, щодо

діагностики та лікування різних патологічних станів є необхідною компонентою для створення та реалізації навчально-освітніх програм та підготовки конкурентоспроможних медичних кадрів на світовому ринку праці.

Костюк Т.Р., Литовченко Н.М.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНІХ ПОРУШЕНЬ СКРОНЕВО - НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ ШЛЯХОМ МЕТОДУ ГІДРАВЛІЧНОЇ РЕПОЗИЦІЇ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Київ, Україна

Актуальність. Внутрішні порушення скронево-нижньощелепних суглобів є однією із найпоширеніших патологій в сучасній стоматології та займають до 85,7% серед населення. Патології скронево-нижньощелепних суглобів зазвичай складні, мають морфологічні та функційні порушення, що потребують тривалого комплексного відновлення. Задля спрямованого полегшення болю та досягнення “балансу” функціонування СНЩС на сьогодні активно використовується низка хірургічних методик, однією з яких є гідравлічна репозиція суглобового диска.

Мета роботи. Оцінити ефективність застосування методу гідравлічної репозиції суглобового диска при лікуванні внутрішніх порушень скронево-нижньощелепних суглобів.

Матеріали й методи. У дослідження було включено 20 пацієнтів: з них 17 жінок (85%) та 3 чоловіки (15%), середній вік яких складав 31 ± 6 років, з діагнозом “Передня дислокація суглобового диска скронево-нижньощелепного суглоба”, що підтверджено магнітно-резонансною томографією СНЩС. За показаннями, попередньо індивідуально визначивши орієнтир місця входу голки, було проведено ін’єкцію препаратами гіалуронової кислоти у кількості 1,5-2 мл (сумарно) у нижню та верхню суглобові щілини з метою гідравлічного впливу на суглобовий диск. Контроль введення препарату здійснювався в режимі реального

часу. При проведенні клінічного огляду та обстеження було виведено наступне: 14 пацієнтам був встановлений діагноз: «Вентральна дислокація суглобового диска СНЩС з репозицією» та 6 пацієнтам діагностовано «Вентральна дислокація суглобового диска СНЩС без репозиції». Відповідно була сформована I клінічна група, що складала 70% (14 осіб) та II клінічна група – 30% (6 осіб). Протягом 6 місяців було проведено лікування внутрішніх порушень СНЩС за допомогою виготовлення індивідуальної гнатологічної капи та проведення курсу гідравлічної репозиції суглобового диска СНЩС залежно від клінічного випадку. Для аналізу використовувалися методи описової статистики для опису середніх статистичних показників популяції та дисперсії значень. Методи порівняння для кількісних змінних були використані параметричні критерії - t-критерій Стьюдента. Статистична обробка проводилася із використанням статичної програми Excel. Результат вважався вірогідний при $p < 0,05$.

Результати. Внаслідок проведеного лікування у 3 (15%) пацієнтів I клінічної групи та у 1 пацієнта (5%) II клінічної групи вдалося повністю відновити об'єм рухів та форму суглобового диска. У 11 пацієнтів (55%) I клінічної групи та 3 (15%) пацієнтів II клінічної групи відзначалося значне поліпшення положення суглобового диска та відсутність симптоматичних проявів. У 2 пацієнтів (10%) II клінічної групи очікуваний прогрес не спостерігався.

Висновки. Метод гідравлічної репозиції суглобових дисків скронево-нижньощелепних суглобів є ефективним вибором в комбінативному лікуванні СНЩС та може проходити в амбулаторній практиці лікаря-стоматолога-хірурга за наявності у пацієнта передньої дислокації суглобового диска скронево-нижньощелепного суглоба з репозицією та без неї. Препарати, що вводяться у суглобову порожнину, є гіпоалергенними та безпечними для здоров'я пацієнтів. У 20% пацієнтів вдалося досягти відновлення обсягів руху та положення суглобового диска. Для 70% пацієнтів метод гідравлічної репозиції дозволив значно збільшити рухливість суглобового диска та покращити його форму. І лише у 10% пацієнтів проведення даного лікування виявилось малоефективним. Внаслідок цього дослідження можливо визначити високу ефективність (90%)

методу гідравлічної репозиції препаратами гіалуронової кислоти суглобового диска під час комплексного лікування внутрішніх порушень скронево-нижньощелепних суглобів. Рекомендовано подальші дослідження визначення ефективності використання методу гідравлічної репозиції суглобового диска СНЩС в комбінації з іншими ін'єкційними препаратами.

Костючик А.В.

НОВІ ПІДХОДИ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ АПІКАЛЬНИМ ПЕРІОДОНТИТОМ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра терапевтичної стоматології

м. Вінниця, Україна

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Гаджула Н.Г.

Лікування хронічних форм періодонтиту є складним і актуальним завданням сучасної стоматології, зумовленим високою поширеністю цієї патології, частими ускладненнями та відсутністю стабільних результатів. Анатомічно складна будова системи корневих каналів і формування бактеріальної біоплівки значно ускладнюють лікування, сприяючи виникненню персистуючих періапикальних уражень [1]. Для досягнення ефективного лікування хронічного періодонтиту, особливо його деструктивних форм, необхідно не лише усунути інфекційний чинник, а й активізувати репаративні процеси у періапикальних тканинах. Наявні методи лікування мають певні обмеження, тому впровадження новітніх технологій, зокрема використання діодного лазера, є перспективним напрямом для покращення результатів терапії.

Діодні лазери на основі напівпровідників використовуються у стоматології завдяки їхнім антимікробним, протизапальним та біостимулювальним властивостям [2]. Вплив лазерного випромінювання на біологічні тканини визначається кількома параметрами, такими як довжина хвилі, режим роботи, діаметр оптичного волокна, час експозиції, енергетичні характеристики випромінювання та фізіологічні властивості тканин. Діодні лазери з довжиною

хвилі 810-1064 нм мають здатність глибоко проникати в тканини, ефективно знищуючи патогенну мікрофлору в інфікованих ділянках [3]. У закордонних дослідженнях доведено антибактеріальну дію діодного лазера з довжиною хвилі 980 нм на стандартні штами бактерій, пов'язані з ендодонтичною інфекцією завдяки його фототермічному ефекту, спрямованому на знищення патогенних мікроорганізмів, біоплівки і очищення кореневих каналів [3, 4]. Випромінювання цієї довжини хвилі проникає глибоко в дентинні каналці, сприяє видаленню змазаного шару та зменшенню післяопераційного болю [5, 6]. Основний механізм дії включає кілька ключових аспектів: лазерне випромінювання ефективно поглинається водою та гемоглобіном у тканинах, що сприяє локальному підвищенню температури, яке викликає денатурацію білків і руйнування мембран мікроорганізмів, у тому числі бактерій, резистентних до традиційних методів обробки, таких як *Enterococcus faecalis*. Лазерне випромінювання руйнує структуру біоплівки завдяки її термічному розпаду, що важливо для знищення бактерій, захищених у біофільмі, які важко усунути хімічними засобами [7]. Крім того, під впливом лазерного випромінювання знищуються не тільки мікроорганізми, але й їхні токсини. Цей ефект доповнюється коагуляцією органічних залишків і зменшенням ризику повторного інфікування. У помірних дозах лазер стимулює активацію фібробластів і остеобластів, покращує мікроциркуляцію, що сприяє регенерації пошкоджених структур пери радикулярної кісткової тканини та зменшенню запально-деструктивного процесу завдяки зниженню синтезу прозапальних цитокінів, активації клітинної проліферації та синтезу факторів росту [2, 4].

У лікуванні деструктивних форм хронічного періодонтиту діодний лазер використовується як доповнення до традиційних методів. Спочатку проводиться інструментальна та медикаментозна обробка кореневих каналів, далі здійснюється лазерна обробка кореневої системи й уражених тканин. На завершальному етапі може застосовуватися лазерна біостимуляція для активації репаративних процесів.

Таким чином, використання діодного лазера у лікуванні деструктивних форм хронічного періодонтиту має значний потенціал для підвищення ефективності терапії.

Інтеграція лазерних технологій у протоколи лікування дозволяє оптимізувати хемо-механічну обробку інфікованих каналів, активізувати репаративні процеси у періапикальній ділянці, а також зменшити ризик ускладнень і рецидивів. Комбіноване застосування діодного лазера з наявними методами лікування сприяє досягненню кращих клінічних і рентгенологічних результатів, забезпечуючи швидше відновлення функціональної цілісності періодонта та періапикальних тканин.

Література:

1. Horlenko, I. M., Gadzhula, N. G., Cherepakha, O. L., Kurdysh, L. F., & Pylypiuk, O. Y. (2020). Clinical and microbiological assessment of root canal decontamination in chronic apical periodontitis using the ultrasound. *Wiadomosci lekarskie*, 73(6), 1119–1123. <https://doi.org/10.36740/WLek202006107>
2. Moghadam, M.D., Saberi, E.A., Molashahi, N.F., & Ebrahimi, H.S. (2021). Comparative efficacy of Depotphoresis and diode laser for reduction of microbial load and postoperative pain, and healing of periapical lesions: a randomized clinical trial. *Giornale Italiano di Endodonzia*, 35.
3. Pelozo, L. L., Silva-Neto, R. D., Salvador, S. L., Sousa-Neto, M. D., & Souza-Gabriel, A. E. (2023). Adjuvant therapy with a 980-nm diode laser in root canal retreatment: randomized clinical trial with 1-year follow-up. *Lasers in medical science*, 38(1), 77. <https://doi.org/10.1007/s10103-022-03659-0>
4. Noferesti, M., Darmiani, S., & Rastegar, H. (2024). A 980 nm Diode Laser as an Adjunctive Therapy on the Healing of Apical Periodontitis Following Endodontic Retreatment: A Randomized Controlled Clinical Trial Study. *Journal of lasers in medical sciences*, 15, e36. <https://doi.org/10.34172/jlms.2024.36>
5. Genc Sen, O., & Kaya, M. (2019). Effect of Root Canal Disinfection with a Diode Laser on Postoperative Pain After Endodontic Retreatment. *Photobiomodulation, photomedicine, and laser surgery*, 37(2), 85–90. <https://doi.org/10.1089/photob.2018.4539>
6. Kaplan, T., Sezgin, G. P., & Sönmez Kaplan, S. (2021). Effect of a 980-nm diode laser on post-operative pain after endodontic treatment in teeth with apical

periodontitis: a randomized clinical trial. *BMC oral health*, 21(1), 41.
<https://doi.org/10.1186/s12903-021-01401-w>

7. Dragana, R., Jelena, M., Jovan, M., Biljana, N., & Dejan, M. (2023). Antibacterial efficiency of adjuvant photodynamic therapy and high-power diode laser in the treatment of young permanent teeth with chronic periapical periodontitis. A prospective clinical study. *Photodiagnosis and photodynamic therapy*, 41, 103129.
<https://doi.org/10.1016/j.pdpdt.2022.103129>

Кузь В.С., Тесленко О.І., Кузь Г.М., Добровольська О.В., Баля Г.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ЗАСОБІВ ДІАГНОСТИКИ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ З ІМПЛАНТОЛОГІЄЮ»

Полтавський державний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією
м. Полтава, Україна

Розвиток та вдосконалення стоматологічної ортопедичної допомоги відбувається швидкими темпами завдяки сучасним методам протезування пацієнтів із застосуванням нових матеріалів, впровадженням нових технологій, інноваційних засобів для діагностики та лікування стоматологічних захворювань. Одним із таких методів є реабілітація пацієнтів із частковою та повною втратою зубів за допомогою дентальних імплантатів.

На кафедрі ортопедичної стоматології з імплантологією ПДМУ у 1994 році вперше в Україні був започаткований курс стоматологічної імплантації. На практичних заняттях розглядаються питання показань та протипоказань до стоматологічної імплантації, види імплантатів, типи імплантації. Особлива увага приділяється клінічним та додатковим методам обстеження пацієнтів.

Одним із методів діагностики, що активно застосовується у практичній діяльності лікаря-стоматолога ортопеда, є ортопантомографія, чи панорамна томографія. Ефективне додаткове дослідження для діагностики стану зубощелепної системи за такими показниками як огляд великої ділянки лицевого

скелета в ідентичних умовах, площинне зображення вигнутих поверхонь щелеп і кісток, мінімальне променеве навантаження, невеликі витрати часу на дослідження.

Ортопантомограма є рентгензнімком, на якому представлені щелепні кістки, зубні ряди, порожнина носа, гайморові пазухи. Її перевагою є відносно правильні розміри зубів, що важливо у практичній діяльності лікарів-стоматологів ортопедів.

Методики ортопантомографії застосовуються у діагностиці дефектів зубних рядів (дистально обмежених чи кінцевих, змін положення зубів у зубній дузі, альвеолярних лунок, періодонтальних щілин із можливими вторинними деформаціями та зубоальвеолярним подовженням, виявлення патології верхньощелепних пазух (синусів). Також важливо застосування ортопантомограми при контрольних оглядах, спостереженні пацієнтів при диспансеризації, виборі раціональної конструкції протезів після спеціальної чи загальносанаційної підготовки до протезування з опорою на імпланти. Перевагою цього методу дослідження є також можливість надати оцінку міжщелепним контактам та співвідношенням зубних рядів. Стандартна ортопантомограма дозволяє визначити розташування зубів та їх коренів у бічних ділянках верхньої щелепи відносно дна верхньощелепних пазух та можливі патологічні процеси у нижніх відділах пазух одонтогенного генезу.

До недоліків можна віднести відсутність чіткого зображення зубів та кісткової тканини у фронтальних ділянках щелеп, наявність тіней деяких анатомічних структур із їх збільшенням та можливою деформацією, що може потребувати додаткових знімків. Анатомічні утворення, що розташовані ближче до вісі обертання рентгенівської трубки, деформуються та збільшуються здебільшого у горизонтальному напрямку, а віддалені від неї – у вертикальному. Вертикальні зміни розмірів визначаються кутом розходження променів від фокуса рентгенівської трубки, а горизонтальні мають залежність від швидкості руху плівки відносно центру обертання. Кожен панорамний рентген апарат має свій коефіцієнт збільшення зображення та показник товщини шару.

Більш детальне вивчення стану слизової оболонки, стану кісткової тканини, визначення її архітекτονіки, виявлення карієсу, травматичних, запальних, пухлинних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, патології скронево-нижньощелепного (СНЩС) суглоба також потребує інших методик та додаткових методів обстеження коли клінічного огляду пацієнта та вивчення діагностичних моделей недостатньо.

У випадках складних кісткових реконструктивних та пластичних оперативних втручань, а також стоматологічної дентальної імплантації обов'язковою є комп'ютерна томографія (КТ). КТ є найкращим засобом отримання зображення одночасно кісткової тканини та м'яких тканин для діагностики захворювань лицевого скелета та зубощелепної системи: патології СНЩС, зокрема менісків; вроджених та набутих деформацій, переломів, кіст, пухлин, системних захворювань, патології слинних залоз, захворювань носо - та ротоглотки. КТ точно визначає локалізацію пошкоджень, дає можливість здійснити диференціальну діагностику, а також планувати оперативне втручання.

Властивості точних досліджень комп'ютерних томографів поєднуються з низьким рівнем опромінення пацієнтів та можливостями документування та збереження інформації.

Під час планування дентальної імплантації для визначення виду, типу кісткової тканини, місця та кількості встановлення імплантатів після клінічного огляду пацієнт обов'язково направляється на комп'ютерну томографію.

На практичних заняттях здобувачі вищої освіти разом з викладачем під час клінічного прийому пацієнтів мають можливість надати оцінку панорамним знімкам, проаналізувати додаткову інформацію про стан наявних зубів та кісткової тканини, дефектів зубних рядів, анатомічні особливості альвеолярних відростків, зміни в пародонті, а також виявити помилки у попередньому протезуванні.

Таким чином, сучасні методи діагностики допомагають здійснити комплексне та позитивно прогнозоване для пацієнта раціональне ортопедичне лікування.

Куліш С.А., Погоріла А.В., Кричка Н.В., Сідорова О.В.

ПІДГОТОВКИ ВИКЛАДАЧІВ ДО СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної стоматології

м. Харків, Україна

Науковий керівник: д.мед.н., професор Янішен І.В.

Симуляційне навчання сьогодні є невіддільною частиною якісної підготовки майбутніх медичних фахівців різних рівнів і спеціалізацій. У зв'язку з цим особливого значення набуває питання кадрового забезпечення, а саме готовність викладацького складу до опанування сучасних симуляційних методів навчання. Для успішного впровадження імітаційних технологій в освітньому процесі вищих медичних навчальних закладів України необхідно ретельно вивчати практичний досвід, проводити наукові дослідження та розробляти програми підготовки викладачів до симуляційного навчання [1; 2].

Мета дослідження – аналіз і вивчення підходів до підготовки викладачів до симуляційного навчання в контексті професійної підготовки медичних працівників, а також розробка та теоретичне обґрунтування рекомендацій для оновлення та вдосконалення програм такої підготовки.

Матеріали та методи

У процесі дослідження було використано аналіз психолого-педагогічної та методичної літератури, матеріалів навчально-методичних конференцій, а також методичної роботи кафедр. Для досягнення мети було застосовано теоретичні методи, такі як аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, систематизація, педагогічне моделювання та теоретичне прогнозування.

Результати та обговорення

Аналіз наукової, педагогічної та медичної літератури показав, що викладачі, поряд із медичними компетентностями, повинні володіти сучасними педагогічними технологіями. Поєднання цих навичок сприяє як створенню якісного змісту практичної підготовки в рамках симуляційного навчання, так і забезпечує правильний вибір методів і засобів його реалізації.

Програми підготовки викладачів мають враховувати: попередній досвід; рівень педагогічної майстерності; професійні компетентності; комунікаційні здібності; готовність до самовдосконалення; рівень цифрової грамотності та навички роботи з інтерактивними технологіями навчання.

Ефективною є інтеграція теорії та практики, що сприяє цілісному впровадженню симуляційного навчання в освітній процес. Важливим елементом є можливість дистанційного отримання теоретичної бази, що дозволяє викладачам розпочати підготовку у зручний час. Практична частина може бути реалізована через інтенсивні тренінги, а їх результати оцінені за допомогою онлайн-тестування.

Перспективним підходом є двофазова підготовка викладачів: спочатку як здобувачів, а потім як педагогів. Це дозволяє краще зрозуміти сильні й слабкі сторони програми, визначити пріоритетні напрями вдосконалення, а також врахувати принципи науковості, доступності та системності в організації освітнього процесу. Двофазова підготовка забезпечує найвищий ступінь засвоєння методів симуляційного навчання, дозволяючи викладачам спочатку пережити освітній процес із погляду студента. Це створює умови для критичного аналізу програм, що дозволяє визначити можливості для їх оптимізації. На другій фазі викладачі застосовують отримані знання та навички на практиці, виконуючи роль наставників, що сприяє формуванню інтегративних компетенцій та кращому розумінню специфіки симуляційного навчання.

Симуляційні центри є ключовим елементом впровадження сучасного навчального процесу. Вони забезпечують якісну підготовку майбутніх медичних фахівців, дозволяючи відпрацьовувати практичні навички за допомогою новітнього обладнання. Висококваліфікований персонал таких центрів сприяє створенню ефективного навчального середовища, що відповідає сучасним вимогам медичної освіти. Такі центри надають можливість відпрацьовувати не лише стандартні, а й складні клінічні сценарії, що сприяє кращій підготовці студентів до реальних ситуацій. Крім того, симуляційні центри дозволяють моделювати надзвичайні події, що формує в майбутніх фахівців навички швидкого прийняття рішень у стресових умовах. Окрім практичної підготовки, ці центри відіграють роль у формуванні міждисциплінарного співробітництва,

інтегруючи різні галузі медичних знань у єдиний навчальний процес. У цьому контексті важливим є використання сучасних симуляторів, які реалістично відтворюють фізіологічні та патологічні процеси, дозволяючи студентам здобувати необхідний досвід без ризику для пацієнтів.

Висновки

1. Симуляційне навчання є невіддільною частиною підготовки медичних працівників, яка значно підвищує якість освіти шляхом впровадження сучасних технологій.

2. Успішна реалізація цих технологій залежить від належної підготовки викладачів, що потребує спеціалізованих програм, інтеграції теоретичних знань і практичного досвіду, а також використання інноваційних методів навчання.

3. Симуляційні центри відіграють ключову роль у створенні ефективного навчального середовища, яке сприяє розвитку професійних навичок і компетенцій майбутніх медиків.

4. Подальші дослідження та вдосконалення програм підготовки викладачів є необхідними для забезпечення сучасного рівня медичної освіти.

Література.

1 Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556-VII. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.

2. Запорожан В.М., Тарабрін О.О. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи. Практичний poradnik. Суми: ПФ «Видавництво “Університетська книга”», 2018. 240 с.

Любченко О.В., Баглик Т.В., Гармаш О.В., Воропаєва Л.В., Стебляк Л.В.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ

Харківський національний медичний університет

Кафедра терапевтичної стоматології

м. Харків, Україна

Застосування новітніх технологій у закладах вищої медичної освіти залишається одним з актуальних питань сьогодення педагогічної науки.

Опанування та впровадження викладачами інноваційних застав до навчального процесу слугує підвищенню ефективності викладання та якості фахової підготовки майбутнього спеціаліста. Проте існує необхідність якісної та своєчасної технічної підготовки викладачів вищих медичних навчальних закладів для оптимізації використання сучасних засобів комунікації. Головним принципом навчання у вищих медичних навчальних закладах є набуття та удосконалення здобувачами освіти теоретичних знань і практичних навичок. Важливим вбачається осучаснення чинних освітніх програм, застосування адекватних методів контролю й оцінювання знань і практичних навичок для формування майбутніх кваліфікованих фахівців [1].

Інноваційні технології поряд із традиційною освітою дозволяють сформувати у здобувачів рівень знань та вмінь, який відповідає вимогам до якості їхньої лікарської діяльності у майбутній професії. Серед новітніх педагогічних технологій визначають комп'ютерні технології, імітаційне та симуляційне навчання, застосування активних та інтерактивних форм, інтегровані засоби контролю тощо. При безпечних зовнішніх умовах і можливості проводити заняття в очному або змішаному режимі використовуються оригінальні професійні моделі та фантоми для інтерактивного навчання, які розташовують у спеціально обладнаних тренінгових залах. На робочих моделях практичні навички відпрацьовуються до отримання позитивного результату та надійного засвоєння алгоритму дій, що суттєво підвищує зацікавленість здобувача в навчанні та формує професійну впевненість у собі.

За певних умов суттєву роль відіграють і традиційні технології навчання у вигляді проведення тематичних дискусій, ділових ігор, «круглих» столів та інше. Проте, саме комп'ютеризація освіти передбачає оновлення змісту й наявних методів навчання та виховання. Процесу інтеграції теорії та практики в освітній процес та організації й забезпеченню самостійної підготовки здобувачів сприяє залучення до навчального процесу розроблених на кафедрі електронних курсів за різними розділами терапевтичної стоматології. Позитивну роль у підготовці здобувачів освіти відіграє доступність відеоматеріалів лекцій і презентацій до практичних занять, наявність ситуаційних задач, електронних блоків задач для підготовки до

іспиту Крок-2. У повсякденній роботі зі здобувачами освіти постійно використовується комп'ютерне тестування для проведення проміжного й рубіжного контролю знань та для підготовки до ліцензійного іспиту «Крок-2 Стоматологія».

Впровадження комп'ютерних технологій дозволяє використовувати комп'ютер для візуалізації знань здобувачів, спонукає їх до більшої зацікавленості та відповідальності щодо засвоєння інформації, тобто мотивує до самовдосконалення, підвищення фахового рівня, формування професійних компетенцій. Проведення безпосередньо навчального процесу, контролю та оцінювання знань здобувачів за допомогою новітніх технологій сприяє оптимізації формування професійних й особистісних якостей, осучаснює чинні навчальні та методичні підходи, підтягує їх до рівня міжнародних стандартів. Поступове впровадження зазначених технологій у діагностичний та лікувальний процеси надає можливість досягти позитивних результатів у надбанні та поглибленні теоретичних знань та опануванні практичних навичок. Це забезпечує високий рівень освітнього процесу та підвищує якість підготовки майбутніх лікарів [2]. Сучасними напрямками підвищення професійної підготовки здобувачів вищих медичних закладів, окрім впровадження інформаційних та комунікаційних технологій, спеціалісти також вважають удосконалення науково-дослідної діяльності навчальних закладів та створення мережі міжнародної студентської мобільності. Саме ці напрями визначають перспективними для досягнення базових цілей удосконалення освітньої системи [3].

Використання нових інформаційних технологій, елементів дистанційної освіти й надалі не втратить своєї актуальності та буде сприяти підвищенню якості сучасного освітнього процесу.

Література:

1. Вороненко Ю. В. Напрями розвитку системи медичної освіти в Україні: погляд у майбутнє. Медична освіта. Київ. 2017. № 3. С. 32 – 35.
2. Кузьміна І. Ю., Кузьміна О. О. Методика використання новітніх технологій для оцінювання роботи студентів у медичних закладах вищої освіти. «Інноваційні технології навчання: досвід впровадження та перспективи

розвитку». LIV навчально-методична конференція ХНМУ, м. Харків, 17 березня 2021 року. Харків 2021. С.78 – 81.

3. Романова Ю. Г., Костенко С. Б., Золотухіна О. Л. Напрями удосконалення професійної підготовки медичних кадрів у вищих медичних закладах освіти: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні тенденції та перспективи розвитку стоматологічної освіти, науки та практики» Харків, 15 – 16 травня 2020 р. Харків 2020. С.15 – 17.

Любченко О.В., Стебляно Л.В., Баглик Т.В., Гармаш О.В., Гур'єва Т. Є.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра терапевтичної стоматології

м. Харків, Україна

Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (ХРАС) є поширеним захворюванням слизової оболонки порожнини рота. Патогенез ХРАС остаточно не встановлено, його вважають багатофакторним захворюванням [1]. Часті рецидиви, виражена больова реакція та інші негативні особливості клінічних проявів призводять до зниження якості життя пацієнта та зумовлюють загальні та місцеві терапевтичні втручання [2–4]. Тому вибір лікарських засобів і визначення алгоритму лікування ХРАС є актуальним на сьогодні.

Мета дослідження: вивчення клінічної ефективності використання «Дентальної пасти с актовегином» у комплексному лікуванні ХРАС.

Об'єкти та методи дослідження. Під наглядом перебувало 13 пацієнтів віком 19-38 років із діагнозом ХРАС легкого ступеня (класифікація МКХ-10), серед них 9 (69,2%) жінок та 4 (30,8%) чоловіка. Кожному учаснику дослідження проведено клінічне обстеження, яке включало збір скарг, анамнезу захворювання і життя, оцінювання соматичного та стоматологічного статусу. Проводилися консультації лікарів загального профілю.

Усім пацієнтам проведена санація та професійна гігієна порожнини рота. Надані рекомендації по вибору предметів, засобів та методів індивідуальної гігієни порожнини рота. В комплексній схемі загального лікування всім учасникам дослідження призначали В-вітамінний препарат Неуробекс-тева по 2 таблетки 2 рази на добу та препарат Трилумін, який виявляє імуномодельючу, протівірусну, антибактеріальну та протизапальну дію. Він призначався по 1 капсулі двічі на добу впродовж курсу лікування.

Залежно від застосованого алгоритму місцевого лікування всі пацієнти були розподілені на дві групи: Група 1 (основна) – 7 осіб, яким місцево використовували «Дентальну пасту с актовегином»; Групу 2 (порівняння) склали 6 осіб, яким місцеве лікування проводили згідно з традиційною схемою із застосуванням гелю «Солкосерил».

Пацієнтам обох груп проведено антисептичну обробку порожнини рота. Пацієнтам Групи 1 на уражені ділянки тонким шаром наносили «Дентальну пасту с актовегином». У складі пасту є актовегін, який покращує процеси репарації та регенерації пошкоджених тканин, полідоканол-600 – місцевий знеболювальний компонент з мукоадгезивними властивостями, а також метилурацил – ранозагоюючий препарат, який має стимулювальну та протизапальну дію.

Пацієнтам Групи 2 місцеве лікування проводили за традиційною схемою, на поверхні афт наносили гель «Солкосерил», який сприяє процесам репарації та регенерації.

Пацієнтам обох груп було призначено в домашніх умовах самостійно проводити аплікації відповідних лікарських препаратів на ділянки розташування афт. Препарати наносили 3–4 рази на добу після їжі та перед сном з метою пролонгації їхньої дії.

Результати лікування оцінювали за клінічними ознаками як «добрі» та «задовільні». Критерій «добрий результат»: вже наприкінці першої доби лікування визначається суттєве зменшення болісності, поверхні афт очищуються та місцями спостерігаються ознаки епітелізації. Критерій «задовільний

результат»: болючість зменшується повільніше й очищення та ознаки епітелізації афт з'являються на 2–3 добу після початку лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. З'ясовано, що основними скаргами у пацієнтів обох груп були наявність однієї або двох ерозій на слизовій оболонці порожнини рота, біль під час прийому їжі та розмови. З анамнезу відомо, що у кожному епізоді тривалість існування афт складала 7–8 діб, частота рецидивів становила 1–2 рази на рік. Термін існування захворювання становив 2–3 роки. Зазвичай до стоматолога з цього приводу пацієнти не зверталися.

Упродовж курсу лікування пацієнти обох груп мали позитивну клінічну динаміку, а саме: спостерігалася відсутність або зменшення скарг та суттєве покращення стану. Це виражалось у зменшенні болю, початку епітелізації елементів ураження та поступовому зменшенні їх розмірів. Позитивну динаміку у пацієнтів Групи 1 відзначали на 2 добу, у пацієнтів групи 2– на 3-4 добу.

У пацієнтів Групи 1 "добрий результат" отримано у 5 осіб (71,4%) та "задовільний результат" у 2 осіб (28,6%); у пацієнтів Групи 2 у 2 осіб (33,3%) та у 4 осіб (66,7%) відповідно. Повна епітелізація афт (клінічне одужання) спостерігалось на 5–6 добу у пацієнтів Групи 1 та на 6–7 добу у Групи 2.

Таким чином, застосування мукоадгезивної «Дентальної пасти с актовегином» оптимізує комплексне лікування хворих на ХРАС, що дозволяє рекомендувати його як препарат вибору для місцевого застосування. Надалі, для підвищення надійності результатів, плануємо збільшити кількість фактичного матеріалу.

Література.

1. Плиска, В., Скиба, В., Скиба, О., Деньга, Е., Коваль, С., Гончарук, Л. (2024). Етіологія та патогенез хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту. *Вісник стоматології*, 126(1), 226–232. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2024-51-1.38>
2. Гевкалюк, Н.О., Кутоловський, Д.Р. Комплексний погляд на етіологію хронічного рецидивного афтозного стоматиту з урахуванням потенційних факторів ризику: Огляд літератури. *Клінічна стоматологія*, (4), 78–92. <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2023.4.14500>.

Movchan O.V., Taravneh Sh.J., Dyudina I.L., Pereshivaylova I.O.

VARIETIES OF ADHESIVE MATERIAL FOR FIXATION OF COMPLETE REMOVABLE PLASTIC PROSTHESES

Kharkiv National Medical University

Department of orthopedic dentistry

Department of orthopedic and surgical dentistry

Kharkiv, Ukraine

Introduction. Today, many people in Ukraine suffer from tooth loss, which is most often associated with age, injuries, diseases, or insufficient care for the oral cavity. The reliable and most common way to restore teeth defects today is removable prosthetics. However, adaptation to prosthetics is often accompanied by damage to the mucous membrane: inflammation, bleeding, ulcers, etc., which prevents normal fixation of the prosthesis in the oral cavity, leads to pain and reduces the patient's quality of life. Therefore, when using removable prostheses, special adhesives are needed, which in most cases only solve the problem of fixing the removable prosthesis, without providing any treatment effect.

The purpose of our investigation was to develop a comparative scheme of adhesive materials for fixing complete removable plastic prostheses with essential oil of sage, which has found wide application in dental practice and has proven antimicrobial, antiseptic, anti-inflammatory, hemostatic, analgesic and regenerating effects, and with the content of ethonium.

Material and methods. The following objects were selected: SEO – sage essential oil; auxiliary substances - copolymer of methyl vinyl ether and maleic anhydride (PMV/MA) (adhesive polymer), carboxymethyl cellulose (adhesive polymer and consistency regulator), petroleum jelly and petroleum jelly (main solvent, thickener). The following indicators were tested: organoleptic, homogeneity, colloidal stability, structural-mechanical (rheological) properties, adhesiveness. The study was conducted in comparison with the material «Stomafix» («Stoma», Kharkiv, Ukraine).

Results and discussion. According to the results of organoleptic and physicochemical investigations, it was established that an increase in the concentration of petroleum jelly in the glue caused an increase in the viscosity of the system, which, in turn, led to clumping and mass inhomogeneity. At the same time, an increase in the amount of vaseline oil led to a decrease in the viscosity of the mass and its delamination. Based on this, a rational concentration of vaseline oil and vaseline of 25% and 19%, respectively, was chosen, which made it possible to obtain a homogeneous and stable system. According to the results of structural and mechanical studies, it was found that increasing the concentration of carboxymethyl cellulose led to an increase in the viscosity of the glue. According to the obtained rheograms and the results of the adhesion test, a sample containing carboxymethyl cellulose in concentrations of 30% and 25%, respectively, was selected, which is as close as possible to the control preparation in terms of such characteristics as rheological behavior, viscosity and adhesion strength.

Conclusion. As stated in the results of a number of experimental studies, a rational scheme for comparing glue with essential oil of sage and ethonium was developed, which will allow expanding the range of domestic preparations for fixing prostheses on the pharmaceutical market of Ukraine.

Literature:

1. Clinical condition of prosthetic bed tissues in patients who use various adhesives to improve fixation of removable prostheses, V.Yu. Redushko, T.M. Dmytryshyn, O.M. Rozhko - Actual Dentistry, 2020. - p. 96-98.

2. Masli, I., Rebrova, A., & Ruban, O. (2021). Development of adhesive for full removable dentures. Annals of Mechnikov's Institute, (ch), zia-chch.

3. Jiang, C.M.; Chu, C.H.; Duangthip, D.; Ettinger, R.L.; Hugo, F.N.; Kettratad-Pruksapong, M.; Liu, J.; Marchini, L.; McKenna, G.; Ono, T.; et al. Global Perspectives of Oral Health Policies and Oral Healthcare Schemes for Older Adult Populations. Front. Oral Health 2021, 2, 703526.

4. Polychronakis, N.; Sykaras, N.; Polyzois, G.; Lagouvardos, P. Removal of denture adhesives from PMMA and Polyamide denture base materials. J. Appl. Oral Sci. 2021, 29, e20200448.

5. Żmudzki, J.; Chladek, G.; Krawczyk, C. Relevance of Tongue Force on Mandibular Denture Stabilization during Mastication. *J. Prosthodont.* 2019, 28, e27–e33.

6. Nogueira, T.E.; Schimmel, M.; Leles, C.R. Changes in masticatory performance of edentulous patients treated with single-implant mandibular overdentures and conventional complete dentures. *J. Oral Rehabil.* 2019, 46, 268–273.

7. Da Silva, M.D.D.; Viotto, H.; Policastro, V.B.; Leite, A.R.P.; Cassiano, A.F.; Marin, D.O.M.; Santana, T.D.S.; Mollo, F.; Pero, A.C. Influence of adhesives usage in complete dentures during adaptation period varying the degree of resorption of mandibular ridges. *J. Prosthodont. Res.* 2020, 64, 264–271.

Назаренко З.Ю., Ляшенко Л.І., Браїлко Н.М., Павленко С.А., Ткаченко І.М.

ВПЛИВ ПОПУЛЯРНИХ ДІЄТ НА СТАН ПОРОЖНИНИ РОТА

Полтавський державний медичний університет

Кафедра пропедевтики терапевтичної стоматології

м. Полтава, Україна

Сучасний світ потребує ідеалів, які досягаються завдяки спорту, використанню біодобавок, косметологічних процедур та кардинальної зміни у раціоні. Але мало хто задумується, як дієти можуть вплинути не тільки на організм вцілому, а й на стан органів ротової порожнини. Адже зміна раціону впливає на надходження певних мікро-, макроелементів, вітамінів, білків, жирів, вуглеводів, що може призвести не тільки до зниження резистентності твердих тканин зубів, але і до запальних процесів тканин пародонта, внаслідок кардинальної перебудови в захисних системах організму.

Нами було проведено опитування серед студентів-стоматологів Полтавського державного медичного університету, щоб установити чи дотримуються вони певних дієт. На підставі отриманих даних було відібрано 21 особу, які були поділені на 3 групи по 7 осіб у кожній: 1 група дотримувалися інтервального голодування; 2 група були вегетаріанцями; 3 група дотримувалися кето-дієти. Всі досліджувані були рандомізовані за статтю, віком та відсутністю супутньої патології.

Інтервальне голодування являє собою режим харчування, в основі, якого лежить чергування між періодами голодування та приймання їжі. Особа не обмежує себе у білках, жирах та вуглеводах, а тільки у часі прийняття їжі. Цей час є головною умовою відновлення кислотно-лужної рівноваги як в організмі в цілому, так і зокрема в ротовій порожнині, що призводить до зменшення кількості зубних відкладень і, як наслідок, зменшує ризик виникнення каріозного процесу, але в той самий час може відмічатися сухість у порожнині рота, неприємний запах, тріщини на слизовій оболонці. У даній групі за досліджуваними показниками нами були отримані наступні результати: карієс резистентність зубів була переважно висока (1-3 бали), рН слини був в межах від 6,8-7,4; у деяких досліджуваних пацієнтів ми спостерігали незначну кількість нальоту на язиці. З анамнезу було з'ясовано, що дані пацієнти споживали велику кількість води, неприємний запах прибирали жувальною гумкою або частим чищенням зубів. Дослідження показали, що низькокалорійні дієти, такі як періодичне голодування, можуть зменшити запалення тканин пародонту.

Вегетаріанство - це дієта з високим вмістом овочів і фруктів та повним обмеженням споживання м'яса. До раціону таких осіб також входили різноманітні рослинні продукти, злаки, горіхи, насіння, бобові. У даній групі за досліджуваними показниками нами були отримані наступні результати: рН ротової рідини була зміщена в кислу сторону і складала в середньому 5,0-6,2; карієс резистентність низька (7-9 балів). Дані фактори призводили до виникнення як каріозного процесу (активний перебіг), так і до не каріозних уражень (ерозії емалі).

Кето - дієта передбачає повну скасування вуглеводів та вживання великої кількості таких основних білкових продуктів, як сир, яйця та м'ясо та їжі, багаті на жири. У даній групі за досліджуваними показниками нами були отримані наступні результати: зубні нашарування не спостерігалися, що зумовлене вживанням твердої їжі, яка стимулює механічне очищення зубів. рН ротової рідини була зміщена в кислу сторону і складала в середньому 5,2 - 6,4; карієс резистентність була низька (7-9 балів). Дані фактори призводили до виникнення як каріозного процесу (активний перебіг), так і не каріозних уражень (переважно ерозії емалі).

Таким чином, у процесі збору анамнезу стоматологічного пацієнта ми рекомендуємо обов'язково з'ясувати чи дотримується він певної дієти з метою корекції подальшої тактики лікаря-стоматолога та підвищення ефективності проведеного лікування.

Перешивайлова І.О., Дюдіна І.Л., Томілін В.Г., Кричка Н.В., Куліш С.А.
**ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ: СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ ТА
ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ.**

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної стоматології

м. Харків, Україна

Науковий керівник: д.мед.н., професор Янішен І.В.

Штучний інтелект (ШІ) - це технологія, яка дуже швидко реорганізує медицину і стоматологія не є винятком. В останні роки, штучний інтелект все більш інтегрує від діагностичних процедур до планування і лікування пацієнтів. Технологічна революція дає можливість не тільки автоматизувати процес лікування та навчання, а і підвищити їх точність, покращити результати стоматологічної допомоги, відкрити нові межі у наукових дослідженнях та в методах викладання. [2].

Поняття «штучний інтелект» виникло у другій половині ХХ століття. Джон Мак Карті запропонував одне із перших його тлумачень, яке було оприлюднене на конференції у Коледжі Дортмунту (Нью Хемпшир) 1956 року. На його думку, це «спосіб примусити обчислювальну машину думати, як людина» [3]. У теорії розвитку штучного в Україні поняття «штучний інтелект» пояснюється наступним чином: це «організована сукупність інформаційних технологій, із застосуванням якої можливо виконувати складні комплексні завдання шляхом використання системи наукових методів досліджень і алгоритмів обробки інформації, отриманої або самостійно створеної під час роботи, а також створювати та використовувати власні бази знань, моделі прийняття рішень, алгоритми роботи з інформацією та визначити способи поставлених завдань» [1].

Штучний інтелект починає грати все більшу роль у сфері ортопедичної стоматології, пропонуючи нові можливості для покращення діагностики, зменшення ризику помилок на етапах обстеження та складання плану лікування та виконання процедур. Ось кілька тез щодо використання ШІ у цій сфері:

1. Зміна підходу до діагностики: Використання ШІ дозволяє стоматологам більш точно і швидко інтерпретувати результати рентгенографічних зображень, ТТ, МРТ, що сприяє ранній діагностиці захворювань.

2. Підтримка лікувальної практики. ШІ допомагає в аналізі великих обсягів даних, що дозволяє стоматологам приймати більш орієнтовані та інформовані рішення щодо лікування пацієнтів, враховуючи історію хвороби пацієнта та його поточний стан.

3. Оптимізація планування. Програми ШІ можуть запропонувати оптимальні плани лікування на основі аналізу багатьох факторів, таких як індивідуальні особливості пацієнта, анатомія зубів та кістки.

4. Покращення результатів протезування. Використання ШІ для моделювання та друку складних протезів може привести до більш точних і ефективних рішень в ортопедичній стоматології.

5. Роботизована хірургія. Деякі системи ШІ та роботи використовуються для проведення складних процедур, таких як імплантологічне лікування, забезпечуючи високу точність виконання операції.

6. Покращення освіти та навчання. Віртуальні моделі та симулятори на основі ШІ можуть допомогти майбутнім стоматологам краще розуміти анатомію і навчатися працювати з різноманітними лікувальними ситуаціями, підготовлюючи їх до практики.

7. Зменшення ризиків для пацієнта. Використання алгоритмів ШІ може допомогти зменшити людську помилку заради надання додаткової інформації та підтримки при виконанні процедури, що знижує ризики для здоров'я пацієнтів.

8. Етичні питання. Введення ШІ до практики ортопедичної стоматології вимагає уважного розгляду питань обробки даних, конфіденційності та відповідальності за дії, які надає ШІ.

9. Взаємодія між лікарями та ШІ. Важливо розвивати навички співпраці між стоматологами і системами ШІ для максимального підвищення переваг використання технологій без шкоди якості медичної послуги.

Ці тези підкреслюють потенціал штучного інтелекту в ортопедичній стоматології, але ще необхідний подальший розвиток досліджень та розробок в цьому напрямку.

Література:

1. Проект Про схвалення Концепції розвитку штучного інтелекту в Україні. 2020 URL: <https://thedigital.gov.ua/storage/uploads/files/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%86%D0%B5%D0%BF%D1%86%D1%96%D1%8F%20%D1%84%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%BB%20%D0%A8%D0%86.docx>.

2. Саєнко М.С., Лобач Н.В., Ісичко Л.В. Проблеми впровадження дистанційного навчання у закладах вищої медичної освіти в умовах карантину: зб. наук. праць / М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т імені М.П. Драгоманова. Київ : Видавничий дім «Гельветика», 2021. Вип. 79, Т. 2. С. 98–102.

3. John McCarthy, book review of B.P. Bloomfield, The Question of Artificial Intelligence: Philosophical and Sociological Perspectives, in Annals of the History of Computing 10, no. 3 (1988): 224–229.

Російський П.В., Таравнех Ш.Д., Діасамідзе Е.Д.

МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ТА ПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ МНОЖИННІЙ ВТРАТІ ЗУБІВ НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕСІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної та хірургічної стоматології

м. Харків, Україна

Завідувач кафедри, к.мед.н., доц. Діасамідзе Е.Д.

Вступ. Практичні спостереження свідчать, що найбільші труднощі вибору оптимального способу дентальної імплантації (ДІ) та протезування

визначаються при множинній втраті зубів (МВЗ), у супроводі дефіциту кісткової тканини та активності дистрофічно-запальних процесів у тканинах пародонту, особливо на верхній щелепі (ВЩ) пацієнтів [1,2].

Мета: запобігання виникнення помилок та ускладнень дентальної імплантації шляхом проведення діагностики індивідуальних клінічних умов, відповідного вибору виду імплантатів та метода протезування при множинній втраті зубів на верхній щелепі.

Результати дослідження. Більш ніж 30-річний досвід практичної діяльності та аналіз власних результатів проведення ДІ на ВЩ, шляхів досягнення довготермінового функціонування протеза при МВЗ дозволили встановити пріоритетні компоненти діагностики індивідуальних клінічних умов для профілактики ускладнень як на операційному, так й ортопедичному етапах. По-перше, дослідження рельєфу кістки для безпомилкового встановлення імплантату (І) без перфорування увігнутої ділянки ВЩ та можливості його вживлення при заданому об'ємі і якості кісткової тканини. По-друге, обґрунтування індивідуально-оптимальної кількості додаткових опор для відновлення жувальної ефективності, оцінки операційного ризику та можливих порушень виготовлення естетично-функціонального протеза, достатність оклюзійного співвідношення під заплановану конструкцію. По-третє, досягнення вірного орієнтування опорного елемента І в протезі, необхідного кута нахилу абатмента та його довжини, оптимального варіанту фіксації протеза у взаємозв'язку з оцінкою ризику виникнення ускладнень після протезування [2].

Найчастіші ускладнення спостерігаються внаслідок бажання стоматолога встановити у щелепу як можна більше імплантатів та виготовити значну кількість окремих штучних коронок зубів, що у 5-35% випадках призводить до виникнення періімплантитів та їхніх ускладнених форм, розхитування внутрішньокісткових імплантатів (ВКІ) з подальшим їхнім відторгненням. Особливо ці ускладнення виявляються при погіршенні якісного стану ВЩ, внаслідок остеопенії або остеопорозу в поєднанні з атрофічними процесами. При цьому відторгнення імплантатів в перші місяці після їхнього введення

найчастіше виникають через поєднання етапів: введення гвинтового ВКІ безпосередньо після видалення зуба, остеопластичного матеріалу і швидкого протезування. При такій «прискореній» імплантації в 35-48% випадків діагностується запальний процес навколо ВКІ у найкоротший термін. За нашим досвідом, найбільш прогнозованим і якісним варіантом лікування є виготовлення тимчасового знімного косметичного протеза, що сприяє естетично-функціональному відновленню зубного ряду, та головне - забезпеченню загоєння лунки зуба для проведення ДІ. Крім цього, при складних клінічних умовах дефіциту кісткової тканини альвеолярних відростків найчастіше показано проведення кісткової аугментації, яка потребує додаткових хірургічних втручань, що мають тривалий проміжок часу в 9 – 12 і більше місяців для утворення кісткової тканини, відповідно, психоемоційних навантажень та фінансових витрат пацієнта, що є підґрунтям відмови від запропонованих підготовчих заходів. Навіть у випадках установки кількох гвинтових ВКІ незначної довжини в обмежений обсяг альвеолярного гребеня до пазух носа, не завжди спостерігається очікуваний результат функціонування виготовленого протеза, оскільки співвідношення розміру внутрішньоротової супраструктури перевищує довжину внутрішньокісткової частини.

Цей факт може призводити до перевантаження кісткового ложа при оклюзії, створює передумови виникнення низки ускладнень: болю, утворення фіброзної капсули навколо І, появи його рухливості внаслідок значних зусиль при вживанні їжі. Якщо при МВЗ у бічних ділянках за допомогою розроблених методик (синус-ліфтингу, бікортикального встановлення) надається відстрочена можливість ДІ, так у фронтальній ділянці ВЩ різні види нарощування і розширення альвеолярного гребеня становлять проблему через виражену рихлість і стоншування кістки. Тому, успіх проведення додаткових остеопластичних операцій у фронтальному відділі ВЩ є проблематичним. Однак навіть при перелічених складнощах, можливе отримання додаткових опор через 1,5—2 місяці шляхом альтернативного методу – субперіостальної імплантації (СПІ). Внаслідок значної площі цього виду І на кістковому ложі,

оклюзійне навантаження незначне і більш рівномірно розподіляється на атрофовану щелепну кістку, що має значення для збереження міцної фіксації I та протезу. Власний досвід проведення понад 3500 завершеної СПП, мали до 70% надійності функціонування субперіостальних I впродовж 25 років [1,2].

Висновок. Для підвищення ефективності ортопедичної реабілітації хворих при множинній втраті зубів з використанням методів дентальної імплантації та профілактики ускладнень необхідно: проведення діагностики клінічних умов з урахуванням якісно - кількісного стану кісткової тканини та ясен; вибір методики імплантації й забезпечення оптимального та прогнозованого способу протезування на відповідній кількості опор.

Література:

1. Російський П.В. Становлення та сучасний стан розвитку дентальної імплантації на Харківщині / П.В. Російський // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. Науково-практичний журнал. - № 3 - Харків. - 2017. - С. 11-14.

2. Дентальна імплантація: діагностика, вибір хірургічної та ортопедичної методики лікування пацієнтів, аналіз ускладнень та помилок: навч. Посібник для самост. роботи слухачів циклів підвищення кваліфікації / П.В. Російський, Ш.Д. Таравнех, Е.Д. Діасамідзе, С.А. Гордієнко // Харків, ХНМУ, 2024. 80 с.

Рябокоть Є.М.¹, Рябокоть Р.Є.²

ДОПОВІДЬ ПРОФЕСОРА ІМПЕРАТОРСЬКОГО ХАРКІВСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ П.І.ШАТІЛОВА НА ОДОНТОЛОГІЧНОМУ З'ЇЗДІ В ХАРКОВІ (1911 РІК)

¹ Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра стоматології

² Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Напередодні настання 1912 року в місті Харкові відбулася грандіозна подія для всієї одонтологічної спільноти – VI-й одонтологічний з'їзд, який проходив з 28 грудня 1911 року до 3 січня 1912 року.

28 грудня 1911 року на Одонтологічному з'їзді в Харкові професор Імператорського Харківського університету Петро Іванович Шатілов зробив доповідь на тему «Сучасне вчення про імунітет». Цю тему лектор обрав із метою надати учасникам VI-го одонтологічного з'їзду можливість у доступній формі ознайомитися із сучасними напрямками в медицині. Актова зала Імператорського Харківського університету була заповнена вщерть – слухачі з великим інтересом чекали виступу.

Цей виступ мав на меті ознайомити учасників з'їзду з передовими ідеями медичної науки того часу у доступній та зрозумілій формі.

Свою доповідь професор П.І. Шатілов розпочав із того, що тема була запропонована йому організаційним комітетом одонтологічного з'їзду, який прагнув надати учасникам можливість ознайомитися зі станом сучасного вчення про імунітет у популярному викладі. Він зазначив, що слухачам, яким виклад здався надто спрощеним, заздалегідь просить вибачення.

Доповідь почалася з основних понять про імунітет. Поступово професор переходив до сучасного стану науки. Розпочавши з елементарних відомостей про імунітет, доповідач поступово ввів аудиторію в сучасний стан цього важливого питання, детально зупинився на всіх теоріях, включно з теорією Ерліха, та розглянув ті проблеми, які вже виникли й поки що містяться лише в спеціальній літературі.

Він також торкнувся питань, які щойно почали з'являтися в спеціалізованій літературі, тим самим знайомлячи аудиторію з найсвіжішими здобутками науки.

Свою доповідь харківський професор П. І. Шатілов завершив словами, що зробив чисто теоретичне повідомлення, яке має суто практичні цілі та завдання – з'ясувати сенс і значення заходів у сфері профілактики й лікування інфекційних захворювань, заснованих на досягненнях бактеріології останніх років.

Доповідач зумів захопити велику аудиторію, яка з інтересом ловила кожне його слово.

Завершуючи доповідь, Петро Іванович підкреслив її практичну цінність. Він пояснив, як знання про імунітет сприяють розробці методів профілактики та лікування інфекційних захворювань, заснованих на досягненнях сучасної бактеріології.

Таким чином, професор зазначив, що, попри теоретичний характер його доповіді, вона має важливе практичне значення. Зокрема, йшлося про

застосування новітніх відкриттів у галузі бактеріології для профілактики та лікування інфекційних захворювань.

Доповідь професора П. І. Шатілова, хоч і тривала близько двох годин, була вислухана присутніми з великою увагою, і інтерес до неї не ослаб навіть через тривалість викладу.

Після доповіді у своєму виступі голова з'їзду приват-доцент Гілярій Іванович Вільга наголосив на важливості вчення про імунітет і підкреслив, що доповідь була надзвичайно цікавою як за змістом, так і за доступністю викладу. Він запропонував висловити професору П. І. Шатілову щире подяку.

Доповідача зустріли гучною овацією, і ще довго невтомний професор пояснював питання своїм колегам, які оточили його та закидали запитаннями. Навіть після виступу професор продовжив спілкування з колегами, відповідаючи на численні запитання.

У матеріалах VI-го одонтологічного з'їзду доповідь професора Харківського університету Петра Івановича Шатілова займає 31 сторінку тексту, а з ілюстраціями – 78 сторінок.

Журнал «Зубоврачебный вестник Аша» (1913) відзначив, що доповідь професора П.І. Шатілова була однією з небагатьох, представлених не одонтологами, поряд із виступами докторів М.Б. Фабриканта, С.М. Бурака та Г.І. Вільги.

Стоян О.Ю., Савельєва Н.М.

ПИТАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ НАСТОРОЖЕНОСТІ НА ПРИЙОМІ ЛІКАРЯ-ОРТОДОНТА

Харківський національний медичний університет

Кафедра стоматології ННПО

м. Харків, Україна

Науковий керівник: професор Савельєва Н.М.

Злоякісні новоутворення залишаються однією із найважливіших медико-біологічних та соціально-економічних проблем не лише в Україні, а й у всьому світі. На жаль захворюваність і смертність від раку стабільно зростають, а ризик їх

збільшується [3]. За даними ВООЗ, щорічно у світі від раку помирає близько 4,3 млн осіб. Рак входить в число трьох основних причин смерті у всіх вікових групах населення після 50 років – як в розвинутих країнах, так і в тих, що розвиваються.[1] Рак належить до найчастіших захворювань сучасного світу, та причини його появи досі залишаються нез'ясованими. Відомо, що ризик захворіти на рак залежить від навколишнього середовища, харчування та способу життя. В осіб, які частіше перебувають у стані стресу, ризик розвитку онкологічних захворювань на 11% більше, ніж у людей, які рідше потрапляють у стресові ситуації. Війна ж в Україні посилює зростання захворюваності на рак у зв'язку із тим, що населення нашої країни вже третій рік поспіль перебуває в стані хронічного стресу.

Тому особливо гостро стає питання саме ранньої діагностики на прийомі лікаря-стоматолога будь-якого фаху щодо успіху своєчасного виявлення та лікування новоутворень щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД). Треба пам'ятати що саме ЩЛД, зокрема порожнина рота, є поживним середовищем, де передраки і раки доволі різноманітні. Симптоми новоутворів у порожнині рота можуть не мати яскравої симптоматики і перехід, на перший погляд, хронічного запального або деструктивного процесу в злоякісний може залишитись непоміченим.

На жаль лікарі-стоматологі ортодонтичного прийому нехтують питаннями онкологічної настороженості у прагненні отримати результат, який чекає пацієнт. Кожен лікар-ортодонт повинен знати, що всі ортодонтичні конструкції, зокрема елайнери, є ефективними у конкретних ситуаціях і не підходять для 100% випадків. Треба пам'ятати, що використання елайнерів, це перш за все механічне навантаження не лише на зуби, а і на періодонт, пародонт. Ретельний збір анамнезу, особливо сімейного, допоможе лікарю-ортодонту виявити схильність організму пацієнта до розвитку новоутворів різної якості й запобігати розвитку таких передпухлинних процесів, як гігантоклітинний епуліс, який частіше зустрічається у жінок у віці 30-40 років [2]. Недостатня інформованість лікарів-стоматологів різного фаху щодо ранішніх симптомів онко-стоматологічних захворювань у 35,3% є причиною занедбаності злоякісних пухлин щелепно-лицевої локалізації, 40,7% – складають помилки стоматологів.

Про складність діагностики початкових форм раку або відсутність онкологічної настороженості свідчить велика кількість запущених випадків. [1]

Тож на сьогодні доволі гостро постає питання раннього виявлення передракових захворювань лікарем-стоматологом ортодонтичного прийому, коли використання апаратних методів лікування, супроводжується механічним навантаженням, як, може стати пусковим механізмом змін якості процесу у бік малігнізації. Особливо важливо, щоб лікар-стоматолог ортодонт завжди використовував клінічне мислення, яке дозволить обрати оптимальне рішення з ряду можливих в кожній конкретній клінічній ситуації.

Література:

1. Аветіков Д. С. Передпухлинні захворювання щелепно-лицевої ділянки : навч. посіб. для студ.стоматол. ф-тів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації та лікарів-інтернів / Аветіков Д. С., Соколова Н. А., Рузін Г. П. ; Вищ. держ. навч. закл. України «Укр. мед. стоматол. акад», Каф. хірург, стоматології та щелеп.-лиц. хірургії з пластич., та реконструкт. хірургією голови та шиї, Харк. нац. мед. ун-т, Каф. хірург, стоматології та щелеп.-лиц. хірургії. - Полтава: АСМІ, 2012. – 66 с.
2. Годованець О. І. Епуліс як пухлиноподібне утворення. Клінічний випадок // О.І. Годованець, І.С. Марчук, Т.І. Муринюк / Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина, т.IX, №3(33),2019. - С.131-134 Режим доступу <file:///C:/Users/HP/Downloads/183198-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-409548-1-10-20191119.pdf>
3. Рибалов О.В. Онкологія щелепно-лицевої ділянки // О.В. Рибалов, А.Л. Одабашьян, Н.А. Соколова, Л.М. Саяпіна / навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів - Полтава.: АСМТ, 1999. – 114 с.

**ДІАГНОСТИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ БІОМАРКЕРІВ MMP8
ТА ОСТЕОПОНТИНУ У ОНКОХВОРИХ ЗІ
СТОМАТОПАТОЛОГІЄЮ НА ФОНІ ХІМІТЕРАПЕВТИЧНОГО
ЛІКУВАННЯ У ПРИФРОНТОВІЙ ЗОНІ**

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра пропедевтичної та хірургічної стоматології

Запоріжжя, Україна

Науковий керівник д.м.н., професор Возний О.В.

За даними ВООЗ, рак молочної залози одна з найпоширеніших форм онкологічного захворювання у жінок. У 2020 році рак молочної залози був діагностований у 2,3 мільйона жінок, при цьому в світі було зареєстровано 685 000 випадків смерті від цієї хвороби.

Згідно з національним канцер-реєстром, в Україні з населенням 41000000 станом на 2022 рік було зафіксовано 14150 нових випадків захворювання. В Запорізькій області звичайний показник захворюваності на 100000 населення склав 84,7.

24 лютого 2022 року на території України розпочався повномасштабний збройний конфлікт. Активні бойові дії поширились і на Запорізьку область, що порушило організовану систему надання медичної допомоги онкохворим. Відчувається нестача ліків і виробів медичного призначення, що дуже пригнічує пацієнтів. Через необхідність отримувати спеціальне хіміотерапевтичне лікування, хворі на рак більш вразливі до виникнення стоматологічних ускладнень запальних процесів ротової порожнини. Особливо тяжко піддаються стоматологічному лікуванню ослаблені, знесилені постійним стресом від повітряних тривог, ракетних атак та інших проявів війни хворі на злоякісні новоутворення.

Особливої актуальності стан здоров'я ротової порожнини набуває у хворих, що вимушено лікуються в установах зони проведення бойових дій. Динамічна оцінка якості життя стоматологічного пацієнта дозволяє оцінити адекватність проведеного стоматологічного лікування та поряд із традиційними методами є повноцінним показником його ефективності.

У зв'язку з вищезазначеним виникає необхідність впровадження нових інформативних, малоінвазивних методів оцінки стоматологічного статусу пацієнта. Останнім часом, у клінічну практику активно впроваджуються методи лабораторного скринінгу стану ротової порожнини.

Мета дослідження. Вивчення динаміки концентрації MMP8, остеопонтину, іонів Ca²⁺, а також рівень рН у пацієнок із раком молочної залози на фоні проведення хімієтерапії та специфічного стоматологічного лікування, що вимушено лікуються в установах зони проведення бойових дій.

Матеріали та методи.

В дослідженні взяли участь 60 хворих, чоловіків та жінок. Всі респонденти були поділені на групи за онкологічними захворюваннями: першу групу склали 20 хворих жінок на рак молочної залози II та III стадії з хімієтерапією, без попередньо проведеного стоматологічного лікування, другу - 20 хворих жінок на рак молочної залози з хімієтерапією, з попередньо проведеним стоматологічним лікуванням, контрольну групу – 20 осіб, які не страждають на онкологічне захворювання та зі стоматологічною патологією.

За допомогою імуноферментного аналізу з використанням імуноферментного комплексу Immuno-Chem-2100 (малюнок 1) у ротовій рідині визначали вміст, маркерів деструкції кісткової тканини: матриксну металопротеїназу 8 (MMP-8, ELISA Kit «Hycult biotechnology b.v.», HK501-01) та остеопонтину (N eBioscience (Bender MedSystems ELISA; BMS2066). З використанням потенціометричного методу за допомогою аналізатору електролітів E-lyte plus (малюнок 2) визначали вміст іонів Ca²⁺ та рівень рН.

Стоматологічні захворювання пацієнтів обох груп супроводжувались значними змінами метаболізму кісткової тканини, що супроводжувались ризьким приростом у ротовій рідині MMP8 на тлі зменшення концентрації остеопонтину. Варто зазначити, що вищезазначені патобіохімічні зміни протікали на тлі падіння вмісту іонів Ca²⁺ та зсувом рН у кислу сторону. У пацієнтів групи, які отримували стоматологічне лікування, встановлені зміни метаболізму кісткової тканини були менш вираженими. Так, збільшення концентрації MMP8 відбувалось менш інтенсивним у порівнянні із пацієнтами 1

групи та складало 91% проти 96% 1 групи у порівнянні з контрольною групою. Приріст MMP8 відбувався на тлі зменшення концентрації остеопонтину, причому його падіння у пацієнтів 1 групи відбувалось більш інтенсивно та складало 88% проти 53%. На тлі деструкції клітин кісткової тканини та збільшення у ротовій рідині MMP8, ми зафіксували зниження остеопонтину, що свідчило про деградацію процесів остеосинтезу.

Висновки. Таким чином, проведеними дослідженнями встановлено статистично значуще підвищення MMP8 і натомість зменшення концентрації остеопонтину у пацієнтів, що вимушено лікуються в установах зони проведення бойових дій. Встановлені патобіохімічні зміни кісткової тканини протікали на тлі значного зменшення іонів Ca²⁺ і зміщення величини рН. Стоматологічне лікування, що проводиться, у даної категорії хворих призводило до нормалізації концентрації даних маркерів. Отримані нами дані обґрунтовують доцільність їх використання як маркерів діагностики, а також лабораторного скринінгу ефективності лікування стоматологічних захворювань у пацієнтів цієї категорії. Встановлена роль як MMP8, так і остеопонтину в патогенезі стоматологічних захворювань у пацієнтів зі злякисними новоутвореннями молочної залози.

Література:

1. Ren, JX, Gong Y, Ling H, et al. Racial/ethnic differences in the outcomes of patients with metastatic breast cancer: contributions of demographic, socioeconomic, tumor and metastatic characteristics. *Breast Cancer Res. Treat.* 2019; 173: 225–237.
2. Bray F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2018; 68: 394–424
3. Luísa Comerlato Jardim, Priscila Trindade Flores, Maria do Carmo Dos Santos Araújo, et al. Oral health-related quality of life in breast cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2020 Jan;28(1):65-71.
4. Ines Willershausen, Irene Schmidtman, Adriano Azaripour, et al. Association between breast cancer chemotherapy, oral health and chronic dental infections: a pilot study. *Odontology.* 2019 Jul;107(3):401- 408.

**РІВЕНЬ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ
СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ОРТОПЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ**

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології

м. Запоріжжя, Україна

Науковий керівник д.м.н., професор Возний О.В.

Вступ. Якість реабілітації дорослих пацієнтів з дефектами зубних рядів та ускладненням з боку скронево-нижнещелепного суглобу залежить не тільки від кваліфікації лікаря, клініко-діагностичних можливостей, матеріально-технічного оснащення лікувального закладу, але і від індивідуального підходу до кожного пацієнта. Вивчення думки населення є хорошим стимулом вдосконалення стоматологічної ортопедичної допомоги, поліпшення роботи стоматологічних установ і медичного персоналу.

Мета дослідження. Оцінити рівень задоволеності дорослого населення міста Запоріжжя стоматологічною ортопедичною допомогою.

Об'єкт і методи дослідження. Ми опитали 177 мешканців міста Запоріжжя 100 (56,5%) жінки та 77 (43,5%) чоловіків. Досягненню більш якісного аналізу дослідження в залежності від віку, допоміг розподіл всіх опитаних на п'ять вікових груп. Анкета складалася з 15 запитань, які можна згрупувати в чотири функціональних блоки. Перший блок анкети дозволяв схарактеризувати стоматологічний статус респондента, другий блок – виявити рівень задоволеності наданої стоматологічної ортопедичної допомоги, третій блок передбачали отримання інформації про рівень взаємодії з лікарем стоматологом ортопедом та четвертий блок - розподіляв респондентів згідно з статтю та вікової групи.

Результати досліджень та їх обговорення. На запитання анкети «Чи є у Вас якісь захворювання скронево-нижнещелепного суглобу» 67,8% респондентів відповіли, що «Ні», а 32,2%, що «Так». Нас зацікавили відповіді на запитання «Коли Ви помітили ознаки проблем з боку скронево-нижнещелепного суглобу?» В основному респонденти на це запитання відповідали, що вони

помітили проблеми після несвоєчасного протезування після видалення зубів у 80,8% випадках. «Були з молодого віку», так відповіли 15,8% респондентів. Нас порадувало те, що лише 3,4% опитаних відмітили, що проблеми виникли після протезування. Мають порозуміння стосовно тактики їхньої реабілітації 113 (63,8%) опитаних. Респонденти, з якими не обговорювалися варіанти ортопедичних конструкцій та методики усунення проблем з боку скронево-нижнещелепного суглоба склали 36,2% випадків. За їхньою думкою основними причинами відмови лікаря стоматолога ортопеда в додатковому обстеженні та усуненні проблем з боку суглоба стали на першому місці – довготривалість реабілітаційного періоду 34,0%, на другому - складність реабілітаційного періоду 26,0%, на третьому - відсутність належного обладнання для діагностики 23,0% та відсутність порозуміння проблеми 17,0% випадків. Так основними причинами у жінок були на першому місці складність реабілітаційного періоду 44,0% та відсутність належного обладнання 33,0% у чоловіків довготривалість реабілітаційного періоду 51,0% та відсутність часу 35,0% випадків. За думкою респондентів молодших вікових груп основними причинами були відсутність належного обладнання 39,0% та складність реабілітаційного періоду 31,0% в старших вікових групах довготривалість реабілітаційного періоду 27,0% та відсутність порозуміння проблеми 25,0%. Нас зацікавила відповідь стосовно «відсутності часу» у лікаря на лікування. Так, на думку, 77,4% респондентів лікар – стоматолог ортопед витрачає достатньо часу для мотивації до комплексного лікування. Майже третина опитуваних вважає, що недостатньо. Представники старших вікових груп у 57,0% випадків стикалися з рішенням лікаря не втручатися в усунення проблем суглоба. Обговорювалися методики лікування захворювань скронево-нижнещелепного суглоба та варіанти майбутніх конструкцій зубних протезів у 88,1% випадків. Лише 11,9% респондентів не мали уявлення про майбутні протези. Серед них жінок не було. За думкою майже 90,0% жінок лікар ортопед повинен проводити консультацію (ділову розмову) у форматі дружньої бесіди. Чоловіки, особливо молодших вікових груп, вважають що тільки у форматі «ділової розмови». Серед представників старших вікових груп 25,2% респондентів вважають, що їм

достатньо мінімальної розмови. Нас приємно здивував той факт, що значна кількість опитаних 84,2% готові вибрати складні заходи реабілітації з довгостроковою перспективою. Решта мала бажання вибрати необхідний мінімум для усунення дискомфорту. На жаль таких спеціалістів, за думкою респондентів, було відносно 5,0% та 7,3% випадків. Але значна частина лікарів ортопедів, яка надає стоматологічну ортопедичну допомогу, проводить певну мотиваційну бесіду направлену на порозуміння пацієнтів в необхідності комплексного лікування та профілактики.

Висновки. Таким чином, результати нашого дослідження показали, що у двох третин респондентів не проведена санація порожнини рота, а дев'ять з десяти опитаних мають потребу в первинному та додатковому протезуванні. Не завжди задоволені якістю комплексної стоматологічної ортопедичної реабілітації третина опитаних. Значна частина дорослого населення позитивно оцінили успішну взаємодію лікар – пацієнт, що дозволяє усунути проблеми комплексної реабілітації.

Чумак Н. М., Костюк Т. М.

ЦЕФАЛОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ПАЦІЄНТІВ НА ПОЧАТКОВИХ СТАДІЯХ РОЗВИТКУ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТУ З НАЯВНИМИ САГІТАЛЬНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології
м. Київ, Україна

Науковий керівник: д.мед.н., професор Костюк Т. М.

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Костюк Т.М.

Актуальність. Екстремальні умови останніх років зумовили перехід багатьох процесів, у тому числі у сфері освіти, на дистанційний режим. У результаті це підвищило рівень гіподинамії і гіпокінезії серед населення, і особливо серед дітей. Порушення постури у дітей шкільного віку згідно з даними різних досліджень становить від 42% до 67%. Поширеність зубощелепних деформацій на фоні дисбалансу скелетно-м'язового комплексу вища, ніж у

фізично здорових пацієнтів. При наявності патології опорно-рухового апарату спостерігаються порушення оклюзії, м'язовий та артикуляційний дисбаланс. Розвиток і функція краніоцервікального комплексу тісно пов'язані з нормальним розвитком переднього відділу черепа.

Мета. Дослідити закономірності між цефалометричними параметрами щелеп і передньої основи черепа та параметрами нахилу шийного відділу хребта (ШВХ) у пацієнтів молодшого шкільного віку з наявними зубощелепними деформаціями (ЗЩД).

Матеріали і методи: Для дослідження були обрані 40 бокових цефалограм пацієнтів з наявними зубощелепними деформаціями на 1-2 стадії розвитку лицевого скелета згідно з класифікацією SVM та відсутнім в анамнезі хронічним аденоїдитом і розростанням аденоїдних вегетацій 2-4 ступеню. Відповідно до значень кута аксису (КА) пацієнти були розділені на 4 групи: А – пацієнти з кіфозом ШВХ, (n=10), КА становив 6-9°, В – з випрямленням шийного лордозу (n=10), КА = 10-12°, С – із згладженим лордозом (n=10), КА становив 13-18°, D – пацієнти з гіперлордозом (n=10), із значеннями КА 26-36°. Після виконаної конвертації файлів з формату .jpg у формат .dcm у програмному забезпеченні «Radiant» був проведений цефалометричний аналіз кутових параметрів: ANB, SNA, SNB, NSBa, ML-NS, NL-NS і суми кутів по Bjork; кутові параметри нахилу ШВХ: CVT-MP, CVT-PP, CVT-SN згідно з методикою Kula K.

Результати. Проведений аналіз цефалограм пацієнтів групи А виявив ретрогнатичний тип профілю у 40%, антеронахил верхньої щелепи та скелетну форму ЗЩД у 60% випадків. Медіанне значення кута дотичної до задньої поверхні тіл хребців C2 і C4 відносно основних площин були наступними: CVT-SN – 106,2°, CVT-PP – 99,7°, CVT-MP – 103,2°.

У групі В виявлено ретрогнатичний тип профілю у 66% пацієнтів, горизонтальний тип росту, ретроположення та ретронахил нижньої щелепи у 50%. Скелетна форма ЗЩД виявлена у 50% випадків. Медіанне значення кута CVT-SN становило 103,2°, CVT-PP – 96,7, CVT-MP – 103,2°.

У групі С скелетна форма ЗЩД була виявлена у 10%, відмічене нормальне положення верхньої та нижньої щелеп відносно передньої основи черепа та нормальний тип росту лицевого скелета, ретронахил нижньої щелепи

встановлений у 20% випадків. Медіанне значення кута CVT-SN становило 104,7°, CVT-PP – 93,1, CVT-MP–100,4°.

У групі D скелетна форма ЗЩД виявлена у 50% випадків, ретроположення верхньої та нижньої щелеп у 60%, ретронахил нижньої щелепи у 50%, ретронахил верхньої щелепи у 30%, горизонтальний тип росту у 40%. Медіанні значення кута CVT-SN – 96,3°, CVT-PP – 88,9%, CVT-MP – 112,5°.

Висновки. Виявлена закономірність порушень росту та розвитку лицевого відділу черепа і часта поширеність скелетної форми ЗЩД у дітей при наявних сагітальних деформаціях ШВХ. Зважаючи на глибину порушень вже на 1-2 стадії розвитку черепа, на нашу думку існує великий ризик поглиблення патології як ШВХ, так і лицевого черепа у більш старшому віці. Дане дослідження наголошує на необхідності корекції патологічних станів опорно-рухового апарату при проведенні ортодонтичної реабілітації дітей, що покращить ефективність лікування та стабільність його результату.

Література:

1. Cephalometry in Orthodontics: 2D and 3D / edited by Katherine Kula and Ahmed Ghoneima, LCC RK310.C44 | NLM WU 141.5.C3 | DDC 617.6/4307572--dc23 / LC record available at <https://lcn.loc.gov/2018021619>, 2018, p. 104-106.
2. Zepa I, Hurmerinta K, Kovero O, Nissinen M, Könönen M, Huggare J. Associations between thoracic kyphosis, head posture, and craniofacial morphology in young adults. *Acta Odontol Scand.* 2000 Dec;58(6):237-42. doi: 10.1080/00016350050217064. PMID: 11196397.
3. Lippold C, Danesh G, Schilgen M, Drerup B, Hackenberg L. Sagittal jaw position in relation to body posture in adult humans--a rasterstereographic study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006 Jan 31;7:8. doi: 10.1186/1471-2474-7-8. PMID: 16448563; PMCID: PMC1379641.
4. Segatto E, Segatto A, Braunitzer G, Kirschneck C, Fanghänel J, Danesh G, Lippold C. Craniofacial and cervical morphology related to sagittal spinal posture in children and adolescents. *Biomed Res Int.* 2014; 2014:638238. doi: 10.1155/2014/638238. Epub 2014 Sep 7. PMID: 25276804; PMCID: PMC4170700.

Шинкевич В.І., Коломієць С.В., Удальцова К.О.,

Скрипников П.М., Кайдашев І.П.

ПРИЙОМ АЗИТРОМІЦИНУ МОЖЕ МОДУЛЮВАТИ ФУНКЦІОНАЛЬНУ РОЛЬ МАКРОФАГІВ ЯСЕН ПРИ ПАРОДОНТИТІ

Полтавський державний медичний університет

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Кафедра внутрішньої медицини №3 з фтизіатрією

м. Полтава, Україна

Наукові керівники: д.мед.н., проф. Скрипников П.М.,

д.мед.н., проф. Кайдашев І.П.

Обґрунтування. Азитроміцин, добре відомий антибіотик-макролід, добре зарекомендував себе як додаток до пародонтальної терапії (Fujise et al., 2014; Jagannathan et al., 2019; Nepokupnaia-Slobodianuk and Skripnikov, 2014; Oliveira et al., 2019), до того ж крім антимікробного ефекту, він ефективно накопичується у фагоцитах, і розподіляється у високих концентраціях у ділянках запалення (Parnham et al., 2014), реалізуючи імуномодулювальний і регенеративний впливи (Fujise et al., 2014). Зростання інтересу до можливостей модуляції макрофагів з терапевтичною метою сприяє розробкам нових підходів для вдосконалення лікування пародонтиту.

Метою цього рандомізованого контрольованого відкритого клінічного дослідження було оцінити ранні клінічні та імунологічні ефекти тривалого курсу азитроміцину як допоміжного засобу до професійного механічного зняття відкладень при пародонтиті.

Методи. Було залучено 50 пацієнтів (з пародонтитом I-III стадії A/B ступеня, згідно з класифікацією пародонтальних та периімплантних захворювань та станів 2017 р. (Caton, Armitage, Berglundh et al., 2018) та 22 пародонтально здорових добровольців як контрольну групу. Після професійного механічного зняття відкладень, включаючи над - та під'ясенний скейлінг і профілактику (ПМЗВ, (Sanz M, Herrera D, Kerschull M et al. 2020), пацієнти були випадковим чином

розподілені до одного з двох методів лікування: лише ПМЗВ (n = 25) і допоміжне лікування азитроміцином (Аз) (n = 25) за схемою довготривалого прийому. Азитроміцин призначали за спеціальним режимом дозування, який рекомендовано для лікування біоплівкових інфекцій: 500 мг 1 раз на день 7 днів, потім 500 мг на тиждень наступні 3 тижні (Nepokupnaia-Slobodianuk and Skripnikov, 2014; Del Pozo, 2018). Дані пацієнтів реєстрували на початку лікування та через 30 ± 5 днів після терапії. Оцінювали клінічний рівень прикріплення, глибину періодонтальних кишень і кровоточивість при зондуванні. Вторинні показники результатів включали середні зміни щільності та співвідношення однопозитивних CD68 + і CD163 + макрофагів (Мф), оцінені за допомогою імуногістохімії, і рівнів ІЛ1- β , ІЛ-6, ІЛ-10, ТФР- β , визначених методом ELISA.

Результати. Це перше дослідження, яке досліджує вплив азитроміцину на пародонтит у поєднанні з показниками макрофагів і рівнями цитокінів. Через 1 місяць виявлено: 1) незначне покращення втрати періодонтального прикріплення між методами лікування; 2) вірогідне зменшення глибини кишень при додатковому прийомі азитроміцину, але без клінічно значущої різниці між групами; 3) вірогідне зменшення кровоточивості ясен, незалежно від лікування. З усім тим, азитроміцин вірогідно збільшив щільність CD68+ і CD163+ Мф, зменшив співвідношення CD68+/CD163+, знизив рівні ІЛ-1 β , ІЛ-6, а також підвищив рівні ІЛ-10 і ТФР- β , порівняно з ПМЗВ і пародонтитом перед лікуванням.

Щоб оцінити очікувану модуляцію макрофагів, ми оцінювали CD68+ та CD163+ Мф, які, у поєднанні з рівнями М1- (ІЛ1- β , ІЛ-6), та М2- (ІЛ-10, ТФР- β) притаманних цитокінів, можуть служити морфологічними еквівалентами М1 та М2 макрофагів, відповідно. Ці імунологічні показники вірогідно змінювалися після лікування із застосуванням азитроміцину.

Висновок. Довготривалий курс азитроміцину продемонстрував модуляцію CD68+ і CD163+ макрофагів у бік поляризації М2, що може відігравати важливу роль у досягненні сприятливих довгострокових результатів лікування, тому що альтернативно активовані, або, М2 макрофаги, підтримують завершення запалення та регенерацію локально.

СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ПОЛІМОРБІДНІСТЬ У ПРАКТИЦІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної та хірургічної стоматології

м. Харків, Україна

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Діасамідзе Е.Д.

Вступ. Надання стоматологічної допомоги людям літнього та похилого віку набуває особливого значення внаслідок демографічних змін у віковому складі населення в більшості країн світу, в тому числі й в Україні. В Україні питома вага осіб віком від 60 років становила: у 1939 році – 7%, у 1998 році – 18,8%, у 2000 році – 20,5%, у 2022 році – 21,2% [1].

Зі збільшенням віку пацієнтів пропорційно зростає необхідність у виготовленні їм зубних протезів, серед яких понад 1/3 складають знімні зубні протези, бо майже у 100% населення України у віці 55-65 років та старше зустрічається повна чи часткова втрата зубів [2].

Проблеми, з якими стикається стоматолог-ортопед при лікуванні людей похилого віку з використанням знімних протезів, численні та важкі.

Збільшення числа літніх людей, які страждають на поєднану патологію внутрішніх органів і систем організму вимагає спеціального підходу до стоматологічної реабілітації таких пацієнтів.

Мета: підвищення ефективності ортопедичного лікування з застосуванням знімних пластинкових протезів пацієнтам літнього та похилого віку з супутніми соматичними захворюваннями.

Результати дослідження. Однією з актуальних проблем ортопедичної стоматології є відновлення втрачених функцій зубощелепної системи за допомогою знімних ортопедичних конструкцій. Особливої актуальності це питання набуває в розрізі забезпечення високої якості життя та повноцінної функціональності зубних рядів пацієнтів в питаннях жування, мовлення й з естетичного погляду.

Аналіз наукової літератури свідчить, що через низку медичних, а також економічних причин, саме знімні ортопедичні конструкції, як часткові, так і повні зубні протези, виступають у ролі найбільш доцільного варіанта ортопедичного лікування з метою відновлення оклюзії та запобігання подальших ускладнень, що пов'язані з атрофією кісткової тканини [3].

Для успішного лікування осіб похилого віку, із застосуванням знімних зубних протезів, з супутніми захворюваннями, необхідний комплексний підхід, що передбачає обов'язкове виявлення і своєчасне лікування загальносоматичної патології, бо слизова оболонка порожнини рота є індикатором наявності патологічних процесів в організмі. Вона стає вразливою, й навіть легке травмування здатне викликати кровоточивість, що найбільш виражено проявляється в області ясен, при жуванні, чищенні зубів, а також користуванні знімними протезами [4].

Слизова оболонка порожнини рота (СОПР), як велике рецепторне поле, безпосередньо сприймає рефлекторні впливи при змінах внутрішніх систем організму й різною мірою залучається до патологічного процесу, супроводжуючи клініку основного захворювання [5].

У сучасній клінічній стоматологічній практиці питанням комплексного лікування стоматологічних хворих з урахуванням їхньої соматичної патології далеко не завжди приділяється належна увага.

На основі аналізу 3722 архівних амбулаторних карт пацієнтів стоматологічних поліклінік м. Харкова ми встановили, що майже у 100% пацієнтів у віці 55–65 років і старше зустрічається повна або часткова втрата зубів.

Нами була також проведена статистична обробка вищезазначених архівних амбулаторних карт для визначення основних соматичних захворювань, що властиві особам похилого віку: хвороби органів кровообігу – 449,5 на 1000 осіб; хвороби нервової системи та органів чуття – 249,1 на 1000 осіб; хвороби органів дихання – 347,3 на 1000 осіб; хвороби органів травлення – 278,4 на 1000 осіб; хвороби органів руху – 123,9 на 1000 осіб; хвороби сечостатевої системи – 365,7 на 1000 осіб; поєднана загально соматична патологія – 489,7 на 1000 осіб.

Висновки.

Старіння населення призводить до наростання соціально-економічних проблем у суспільстві та потребує проведення структурних перетворень в охороні здоров'я, спрямованих на збільшення обсягу і доступності медичної та медико-соціальної допомоги літнім та похилим людям. Актуальність проблеми надання стоматологічної допомоги літнім пацієнтам значною мірою пов'язана з тим, що загальний стан здоров'я осіб старшої вікової групи характеризується множинністю, обтяженістю соматичними захворюваннями та їхнім поєднанням. У літньому віці частіше з'являються нові та переходять у хронічну форму вже наявні соматичні захворювання, що нерідко створює великі труднощі у розв'язанні питань організації та проведенні лікувальних і профілактичних стоматологічних заходів. Похилий вік визначає головну особливість і складність ортопедичного стоматологічного лікування цієї групи хворих, у зв'язку зі зниженням адаптаційних можливостей їхнього організму.

Література:

1. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік. [moz.gov.ua.URL: https://moz.gov.ua/uploads](https://moz.gov.ua/uploads) (дата звернення: 21.11.2024).
2. Діасамідзе Е. Д. Діагностика, профілактика і лікування зон підвищеної больової чутливості на слизовій оболонці протезного поля у хворих при знімному зубному протезуванні : дис. канд. мед. наук : 14.01.22. Одеса, 2012. 159 с.
3. Макєєв В. Ф., Гуньовський Я. Р. Особливості адаптації пацієнтів до часткових знімних протезів на основі динамічного вивчення стану слизової оболонки порожнини рота в нових умовах функціонування. Сучасна стоматологія. 2022. № 3-4. С. 33–37. URL: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2022-3-33> (дата звернення: 21.11.2024).
4. Данилевський М. Ф., Борисенко А. В., Антоненко М. Ю. Терапевтична стоматологія: у 4 томах / ред. А. В. Борисенко. Київ : Медицина, 2018. Т. 3 : Захворювання пародонту. 624 с.
5. Місце фітотерапії в комплексному лікуванні запальних захворювань пародонта / С. І. Богату та ін. Scientific and practical journal «Stomatological Bulletin». 2022. Т. 120, № 3. С. 9–19. URL: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2022-45-3.3> (дата звернення: 21.11.2024).

Янішен І.В., Дюдіна І.Л., Томілін В.Г., Мовчан О.В., Кричка Н.В.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ОПЕРАЦІЇ ПРЕПАРУВАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ПІД ОПОРУ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ.

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної стоматології.

м. Харків, Україна

Протезування незнімними конструкціями протезів потребує зняття значного шару твердих тканин зуба опорних зубів. Але це може призвести до розвитку значних ускладнень після операції препарування, які потребують зняття конструкцій, ендодонтичного лікування зубів, або їх видалення та повторного протезування пацієнта.[1] Тому, з метою профілактики виникнення таких ускладнень більшість лікарів-ортопедів стоматологів проводять попередню підготовку порожнини рота шляхом екстирпації пульпи опорних зубів.

Ряд дослідників вважають недоцільним використання під опору незнімних конструкцій зубів з попередньо видаленою пульпою, бо таке втручання значно знижує чутливість зубів до жувальних навантажень та зрештою призводить до виникнення травматичних оклюзій, прямих травматичних вузлів, захворювань пародонту і операції видалення зуба [2,3].

У зв'язку з вище зазначеним, збереження та відновлення рецепторів жувального тиску зубів, що використовуються під опору незнімних конструкцій протезів є однією з актуальних проблем сучасної стоматології. У зв'язку з цим нами було запропоновано методика, яка обґрунтована експериментальними дослідженнями та апробована в клініці ортопедичної стоматології.

Для відновлення рецепторного апарату опорних зубів було використано лікувальний комплекс, що складається з антигомотоксичного препарату «Траумель» та вітчизняного світлозатверджуємого адгезиву. Після препарування твердих тканин зубів, що використовуються під опору незнімних конструкцій протезів, кукси зубів були оброблені за нашою методикою (патент № 17493 від 15.09.2006), а саме: перед препаруванням проводили інфільтраційну, переважно інтралігаментарну, анестезію з використанням анестетика артикаїнового ряду з

епінефрином (по показниках). Препарування проводять з дотриманням усіх правил з обов'язковим водним охолодженням. Після препарування на 20-30 сек. куksi зубів покривають травильним гелем для зняття змащеного шару, що істотно збільшує проникнення лікувального препарату в дентині каналці. Потім, після видалення гелю водою і висушування теплим повітрям, куksу зуба покривають антигомотоксичним препаратом «Траумель», який рівномірно розподіляють повітрям по поверхні куksi. Потім, поверх антигомотоксичного препарату, наносять вітчизняний світлозатверджуємий адгезив і засвічують ультрафіолетовим променем упродовж 20 секунд. Для зменшення дії доквілля на куksi зубів фіксували тимчасові конструкції, виготовлені безпосередньо у крісла хворого.

Вимір показників електроодонтометрії (ЕО) і жувального тиску (ЖТ) запропонованим нами методом (патент № 99095142 від 16.09.1999) проводили до операції препарування, після закінчення дії анестезії і через місяць після препарування.

При аналізі отриманих даних було встановлено, що при вивченні стану пульпи відзначалося зниження чутливості пульпи зубів в досліджуваній групі при використанні антигомотоксичного препарату з вітчизняним світлозатверджуємим адгезивом через місяць після початку дослідження та склало 1,5 %, тоді як в контрольній групі цей показник був - 23,3%. Підвищення показників жувального тиску, які оцінювалися як ускладнення - в досліджуваній групі, де використовувався антигомотоксичний препарат з адгезивом через місяць склало - 2,26%, тоді як в контрольній групі цей показник був 36,6%. Таким чином, в групі, де була використана наша методика, дані ЕО та ЖТ через місяць після препарування залишалися на тому ж рівні або підвищувалися не істотно, причому, це підвищення не залежало від анатомічної належності зубів. А в контрольній групі, де не була використана наша методика, ці ж показники значно різко збільшувалися і мало значення анатомічна належність зубів.

Також, проведені дослідження дії нашої методики через рік після закінчення лікування показали, в групі, яка підлягала дослідженню, ці дані не відрізнялися від значень до препарування зубів.

Таким чином, можна зробити наступні висновки, що комплекс, який складається з антигомотоксичного препарату «Траумель» та вітчизняного світлозатверджуємого адгезив, може бути використаний в широкій практиці

лікаря ортопеда-стоматолога під час ортопедичного лікування пацієнтів незнімними конструкціями для профілактики ускладнень, які виникають під час операції препарування твердих тканин зубів.

Література:

1. Підготовка зубів пацієнта під час протезування незнімними протезами / В.М.Павленко, В.М.Арендариук, М.А.Павленко, О.М.Ступницька // Сучасна стоматологія. – 2003. - № 1. – с. 97-99.

2. Рамусь М.О. Особливості підготовки опорних зубів під металокерамічні протези / М.О.Рамусь // Український медичний альманах. - 2000. -Т.3. - №5.- с.207-210.

3. Патогенетичні механізми розвитку змін у рецепторному апараті зубів під час препарування твердих тканин та вплив депульпування на їх витривалість до механічних навантажень/І.В.Янішен, І.Л.Дюдїна // Вісник проблем біології та медицини. – 2016. – Т.1(126). – с. 62-66.

Summary. In article to point the results of research of clinical operation on teeth supporting our method the protect receptor system of teeth on stage treatment the prosthetic of fixed construction on basis electroteethmetruic and mastication pressure.

Key words: receptor system of teeth, protect, prosthetic of fixed construction, method, clinical.

Янішен І.В., Кричка Н.В., Дюдїна І.Л., Куліш С.А., Перешивайлова І.О.

ПОВНА ВТРАТА ЗУБІВ: ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTІ, ПОТРЕБИ В ЛІКУВАННІ ТА КЛІНІЧНІЙ КАРТИНІ

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної стоматології

м. Харків, Україна

За даними літератури повна відсутність зубів у пацієнтів відмічається у віці 50-59 років у 5,6% осіб; 60-69 років - 9,9% осіб; 70-79 років - 29,5% осіб; старше 80 років - 40,2% осіб [4]. Серед них 29,9% осіб мають протези і користуються ними, 18,4% - не користуються протезами внаслідок незадовільної їх фіксації. За

даними літератури кількість пацієнтів з повною відсутністю зубів сягає 15%, повні знімні пластинкові протези складають 24,4% від усієї кількості знімних протезів. Повторного протезування потребують 55% - 60-річних пацієнтів [3,5].

Повне знімне протезування - один з найскладніших видів лікування в ортопедичній стоматології, яке пов'язане з порушеннями анатомо-функціональних взаємно співвідношень в зубо-щелепній системі. На сьогодні з жодним з інших видів ортопедичного лікування не пов'язана така кількість різноманітних і суперечливих теорій, думок і пропозицій.

Надати ортопедичну стоматологічну допомогу в повному обсязі населенню з повною відсутністю зубів – непроста проблема через особливості адаптації до знімних зубних протезів [1,7]. Клінічний досвід показує, що не завжди існує пряма залежність між інтенсивністю дискомфорту при користуванні повними знімними пластинковими протезами, морфо-функціональними особливостями жувальної системи при втраті зубів і якістю зубних протезів, що виготовлені [2,6].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 26% пацієнтів після протезування повними знімними протезами не користуються ними з різних причин. Аналіз незадовільних результатів ортопедичного лікування пацієнтів з повною відсутністю зубів дозволив виділити основні фактори: анатомо-фізіологічний, клініко-технологічний, психологічний, токсико-алергічний, комбінований.

Причини повторного протезування у віддалені терміни: неможливість користуватися протезами через погану фіксацію; погіршення жувальної ефективності через стирання пластмасових зубів; зниження висоти нижньої третини обличчя приводить до зменшення об'єму порожнини рота, що проявляється відчуттям незручності і стомлюваністю язика під час розмови; порушення чіткості вимови; болі в ділянці скронево-нижньощелепних суглобів; порушення естетики.

В якості причин, які диктують необхідність заміни протезів, як правило, наводяться суб'єктивні дані про неможливе користування пацієнтами протезами, значно рідше вказуються морфофункціональні зміни в жувальному апараті. Очевидна необхідність подальших досліджень за визначенням критеріїв, на підставі яких можна було б об'єктивно ставити питання про повторне

протезування. При цьому слід враховувати і зміни, що відбуваються в самих протезах, які можуть призвести не тільки до зниження їх функціональної цінності, а й до прискорення і поглиблення патологічних процесів, що протікають.

Протезування має ще одну особливість. Ми маємо на увазі психофізіологічну сторону питання: у пацієнтів, що користуються тривалий час знімними протезами, виробляються стійкі звички, зміна яких тим важча, чим старший вік. Деякі прохання пацієнтів пояснюються багаторічними звичками й приведуть до успішного лікування, тобто підвищать ефективність протезування.

Повна відсутність зубів призводить до порушення здоров'я, аж до остаточної втрати життєво важливої функції організму – жування під час приймання їжі, що позначається на процесі травлення і надходження в організм необхідних поживних речовин, а також служить причиною розвитку захворювань шлунково-кишкового тракту. Порушення дикції позначається на комунікаційних здібностях пацієнта. Дані порушення разом зі зміною зовнішності внаслідок втрати зубів і атрофії жувальних м'язів, які розвиваються, можуть вести до змін психоемоційного стану, що викликає розлади психіки. Відсутність зубів стає однією з причин розвитку таких ускладнень, як дисфункція скронево-нижньощелепових суглобів і виникнення больового синдрому.

Протезування пацієнтів при повній відсутності зубів представляє велику проблему створення протезів, повноцінних у функціональному та естетичному відношенні. Лікування таких пацієнтів, у загальному підсумку, направлено на загальне оздоровлення людини, продовження його діяльного періоду життя. Збереження зубів і повноцінне функціонування жувального апарату - критерії здоров'я людини, які забезпечують повноцінну якість життя. Відсутність зубів або неякісні зубні протези істотно знижують якість життя.

Виготовлення знімних зубних протезів є одним з найскладніших видів ортопедичного лікування, для якого необхідні високий професіоналізм лікаря і зубного техника, застосування сучасних ортопедичних технологій. Наведені дані свідчать про актуальність проблеми відновного лікування пацієнтів при повній відсутності зубів. На сьогодні метою ортопедичного лікування беззубих

пацієнтів є відновлення зубо-щелепної системи, як у функціональному, так і естетичному відношенні за допомогою повноцінних зубних протезів.

Висновок. Отже, тільки з урахуванням анатомічних і функціональних особливостей тканин протезного ложа беззубих щелеп, методів отримання відбитків та функціонального моделювання базисів протезів можна досягти задовільної фіксації, стабілізації, а також найкращого функціонального ефекту повних знімних пластинкових протезів.

Література.

1. Давиденко В.Ю. Дослідження смакової чутливості в період адаптації пацієнтів до знімних пластинкових протезів. Український стоматологічний альманах. 2016. № 2. С. 30-33.

2. Кузь В.С., Дворник В.М., Кузь Г.М. Використання сучасних без акрилових базисних матеріалів у клініці ортопедичної стоматології. Український стоматологічний альманах. 2016. № 3 (том 2). С. 40-45.

3. Леонтович І.О., Король Д.М., Оджубейська О.Д. Профілактичні заходи при користуванні знімними пластинковими протезами. Український стоматологічний альманах № 2. 2013. С. 90-93.

4. Мартиненко І.М. Клінічне розв'язання проблеми фіксації повних знімних протезів. Український стоматологічний альманах. № 1. 2013. С. 65-67.

5. Сарапук В.І. Аналіз адаптаційних можливостей до початку ортопедичного лікування. Звітна науково-практична конференція лікарів-інтернів за 2013-2014 навчальний рік. Івано-Франківськ. 2014. С. 75-76.

6. Сарапук В.І. Обґрунтування удосконаленої методики формування протетичної площини у разі виготовлення повних знімних пластинкових протезів. Звітна науково-практична конференція лікарів(провізорів)-інтернів за 2017-2018 навчальний рік. Івано-Франківськ. 2018. С. 86-87

7. Шеметов О.С. Функціональна оцінка стану жувальних м'язів у процесі адаптації до повних знімних протезів / О.С. Шеметов, И.Н. Мартиненко, Р.В. Петренко. Український стоматологічний альманах. 2016. № 3 (том 2). С. 66-68.

Янішен І.В., Кричка Н.В., Томілін В.Г., Погоріла А.В., Куліш С.А.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ

«ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ»

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної стоматології

м. Харків, Україна

Вступ. На сьогоднішній день для посилення конкурентоспроможності вітчизняної вищої медичної освіти, оптимізації умов міжнародної мобільності та розширення можливостей українських медичних спеціалістів на вітчизняному та міжнародному ринках праці необхідно підвищувати якість професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до світових стандартів.

Впровадження європейських стандартів освіти шляхом перебудови навчального процесу вимагає від співробітників університету комплексної діяльності зі створення, оволодіння, використання та поширення новітніх освітніх технологій [1,5]. В сучасних умовах організація навчального процесу вимагає поєднання різних технологій і творчого підходу до використання кожної з них, а також створення нових технологій [4].

Оволодіння новими діагностичними та лікувальними методами з використанням інновацій (програмоване навчання, експертні системи, мультимедіа, імітаційне моделювання, предметні комп'ютерні практичні заняття) сприяє підвищенню пізнавального інтересу, творчої активності студентів, відкриває нові можливості для самонавчання, розширює світогляд, збагачує студентів і викладачів знаннями [2]. Значну допомогу в оволодінні практичними вміннями і навичками, в засвоєнні знань надають технічні засоби навчання [3].

Навчальні кімнати кафедри ортопедичної стоматології оснащені комп'ютерами та мультимедійними проекторами, що дає можливість повноцінно викласти матеріал з окремої теми практичного заняття. Комп'ютери кафедри підключені до внутрішньої мережі та мають доступ до мережі Internet, що в свою чергу дає можливість постійно оновлювати матеріал з дисципліни, доповнювати

його даними нових наукових досліджень вітчизняних та зарубіжних вчених. Студенти мають можливість переглядати науково-практичні відеоматеріали, взяті з мережі Internet в залежності від теми практичного заняття, дистанційно брати участь у наукових конференціях. Це в свою чергу дає змогу майбутньому фахівцю розвивати своє клінічне мислення з подальшим комплексним аналізом кінцевих результатів.

Завдяки компетентнісному підходу до підготовки майбутніх спеціалістів реалізується формування професійних умінь і навичок під час навчання у вищому навчальному закладі. Робота лікаря-стоматолога має свою специфіку: невеликої площі ділянка діяльності; використання складного технічного обладнання, що потребує значних матеріальних витрат, дорогих інструментів і препаратів; особливості морально-етичних взаємовідносин «лікар-пацієнт». Університет активно працює над впровадженням новітніх методів вивчення дисципліни: постійне матеріально-технічне вдосконалення оснащення кафедри; інтенсивна модернізація навчального процесу та наукової роботи. Ці заходи забезпечують студенту поглиблене вивчення предмета, сприяють систематизації отриманих знань, дозволяють розвивати творче мислення та вдосконалювати практичні навички на міждисциплінарних тренінгових класах на фантомах. І вже на наступних етапах професійної підготовки в клініці студенти застосовують набуті навички в роботі з реальними пацієнтами. З цією метою створено та активно функціонує навчально-науковий «Університетський стоматологічний центр», де провідні спеціалісти університету проводять навчально-методичну роботу та надають багатопрофільну консультативну та лікувальну стоматологічну допомогу населенню міста та області.

Створення телекомунікаційних систем на кафедрі ортопедичної стоматології дозволяє великій кількості студентів в режимі реального часу спостерігати за виконанням стоматологічних маніпуляцій, технічними етапами виготовлення ортопедичних конструкцій. Це сприяє залученню всіх без винятку студентів групи в процес обговорення та обґрунтування власної думки, розвиває клінічне мислення та дає можливість пропонувати альтернативні ідеї та

пропозиції, проводити взаємо навчання та взаємо вдосконалення. Використання новітніх методів вивчення дисципліни (тренінги, майстер-класи) активно реалізує творчу складову навчання. Науково-дослідна робота з використання комп'ютерних технологій для обґрунтування нових методів ортопедичного лікування на кафедрі ортопедичної стоматології дозволяє студентам реалізувати свій творчий потенціал, розширити сферу власної професійної майстерності та визначити напрямок майбутньої професійної діяльності. Для цього на кафедрі створено комп'ютерний клас, оснащений стаціонарними комп'ютерами, ноутбуками та іншим сучасним обладнанням.

Розвиток інформаційних технологій в останні роки актуалізував проблему модернізації системи освіти, яка найбільше втілена в концепції дистанційної освіти, завдяки такому глобальному явищу, як Інтернет, охоплює значні верстви суспільства і стає найважливішим фактор її розвитку.

Тому впровадження в навчальний процес принципів доказової медицини та сучасних стандартів надання медичної допомоги є необхідною умовою підвищення якості підготовки медичних спеціалістів. Особливу увагу в університеті приділяють забезпеченню навчання сучасними інформаційними джерелами. На сьогоднішній день університет має бібліотеку з потужним книжковим фондом, електронну бібліотеку та академічний сайт, де публікуються навчальні та методичні матеріали з усіх дисциплін. На даний час ми маємо досить велику кількість електронних посібників, які, крім інформації, що надається програмою, містять багато додаткового матеріалу.

Висновок. Забезпечення якісної підготовки лікарів-стоматологів на сучасному рівні визначається компетентнісним підходом до навчання та потребує постійного вдосконалення з боку колективу університету та кафедри, впровадження нових ідей працює на надійній матеріально-технічній базі. Перехід на нові ІТ-орієнтовані технології навчання, створення умов для їх розробки, апробації та впровадження, раціонального поєднання з традиційними технологіями є трудомістким і складним освітнім завданням, яке потребує вирішення цілого комплексу психолого-педагогічних, організаційних, навчально-методичні, технічні та інші проблеми.

Література:

1. Запорожан В.М. Сучасні підходи до освітнього процесу з підготовки високопрофесійних фахівців. Медична освіта. 2017. №3. С. 27–31.
2. Ільченко А.А. Характеристика педагогічних форм та методів профілактичної діяльності медичних фахівців. Медична освіта. 2016. № 1 (69). С. 22-24.
3. Козак Л.В. Дослідження інноваційних моделей навчання у вищій школі. Освітологічний дискурс. 2014. № 1 (5). С. 95–107.
4. Максименко С.Д. Педагогіка вищої медичної освіти. К. Центр учбової літератури. 2014. 288 с.
5. Подковко Х.В. Інноваційні технології навчання в контексті компетентнісного підходу в освіті. Медична освіта. 2016. №1. С. 41-43.

Янішен І.В., Куліш С.А., Кричка Н.В., Перешивайлова І.О.

АНАЛІЗ ПОТРЕБИ В ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ ЖИТЕЛІВ М. ХАРКОВА І ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ.

Харківський національний медичний університет

Кафедра ортопедичної стоматології

м. Харків, Україна

Науковий керівник: д.мед.н., професор Янішен І.В.

На сьогодні, попри значну кількість профілактичних заходів, спрямованих запобігати розвитку стоматологічних захворювань, їх розповсюдженість серед населення достатньо висока. Потреба пацієнтів у ортопедичному лікуванні знімними протезами зростає, у зв'язку зі зростанням темпів старіння суспільства [1; 2; 3].

Мета дослідження. Визначити потребу в ортопедичному лікуванні знімними протезами жителів м. Харкова і Харківської області шляхом проведення клініко-популяційного аналізу результатів ортопедичного лікування стоматологічних пацієнтів, які звернулися за ортопедичною допомогою.

Матеріали й методи дослідження. Формою інформаційного забезпечення дослідження стали результати експертної оцінки, що виконана по картах

амбулаторного пацієнта (ф. 043/о) 10 лікувально-профілактичних закладів м. Харкова і Харківської області за період 2019–2022 рр.: загальна кількість конструкцій зубних протезів – 68391 од.; загальна кількість лікарів–ортопедів–стоматологів склала 75 осіб, зубних техніків – 103 особи (з розрахунком середньозваженого рівня).

Результати дослідження. У результаті дослідження були визначені кількісні і відсоткові показники кількості знімних протезів від загального обсягу виготовлених протезів. Кількість виготовлених знімних протезів була 32441 од., що становить 47,43 % від загальної кількості. З них 23538 (72,56 %) склали пластинкові протези (часткові – 11340 од. (34,97 %); повні – 12190 од. (37,59 %)) та 8903 од. (27,44 %) склали бюгельні протези (з кламерною фіксацією – 7100 од. (21,88 %), з замковою та іншими видами фіксації – 1803 од. (5,56 %)).

Також було визначено розподіл різних видів знімних конструкцій, як серед загального обсягу виготовлених протезів, так і серед виготовлених знімних протезів. Розподіл різних видів знімних конструкцій серед загальної кількості виготовлених протезів виглядає наступним чином: часткові знімні пластинкові протези – 16,6 % (11340 од.); повні знімні пластинкові протези – 17,8 % (12190 од.); бюгельні протези з кламерною фіксацією – 10,4 % (7100 од.); бюгельні протези з замковою та іншими видами фіксації – 2,6 % (1803 од.).

Крім того, були визначені показники обсягу виготовлених знімних протезів серед загальної кількості осіб, які звернулись за ортопедичною допомогою, а також показники репрезентативної потреби населення м. Харкова і Харківської області в протезуванні знімними протезами за період 2019–2022 роки. Із загальної кількості виготовлених протезів майже кожен другий – знімний протез (32441 або 47,4 %), а саме: у 2019 році – 10809 од. або 46,9 %; у 2020 році – 11174 од. або 50,0 %; у 2021 році – 10458 од. або 45,5 %.

Показник репрезентативної потреби населення м. Харкова і Харківської області в протезуванні знімними протезами за період 2019–2022 роки становить 40,8 % або 408 осіб на 1000 населення, що звернулось за стоматологічною

ортопедичною допомогою, а саме: у 2019 році – 13,5 % або 135 осіб; у 2020 році – 13,9 % або 139 осіб; у 2021 році – 13,4 % або 134 осіб.

Підсумок. Попри застосування профілактичних заходів, недостатня санація ротової порожнини та несвоєчасне звернення пацієнтів до стоматолога сприяють збільшенню потреби у протезуванні. Дослідження також вказує на те, що вдосконалення матеріалів і технологій для знімних протезів є необхідним кроком для поліпшення стану зубощелепної системи пацієнтів.

Практичне значення отриманих даних полягає у можливості їх використання при плануванні матеріально-технічного і кадрового забезпечення стоматологічної служби у системі охорони здоров'я м. Харкова і Харківської області. Отримані результати можуть слугувати підґрунтям для подальших досліджень у галузі ортопедичної стоматології, стоматологічного матеріалознавства та вдосконалення методів протезування.

Висновки.

1. Стабільно високі показники потреби у виготовленні знімних протезів за досліджуваний період свідчать про актуальність даного питання і доцільність подальшого удосконалення зуботехнічних матеріалів, методик і технологій, які застосовуються у знімному протезуванні.

2. Враховуючи сучасні вимоги пацієнтів щодо високої якості життя ортопедична стоматологія потребує наукового обґрунтування раціональності застосування нових базисних матеріалів при виготовленні знімних конструкцій зубних протезів.

Література:

1. Возний О.В., Германчук С.М., Струк В.І., Біда В.І., Погоріла А.В. Стан і перспективи розвитку стоматологічної допомоги населенню України. Актуал. питання фармац. і мед. науки та практики. 2019;12(2(30)):228–234. DOI:10.14739/2409-2932.2019.2.171248.

2. Мазур І.П., Вахненко О.М., Рибачук А.В., Мазур П.В. Аналіз основних показників стоматологічної допомоги в Україні за 2020 рік. Oral and General Health 2021;2(3):32–38. DOI: 10.22141/ogh.2.3.2021.240727.

3. Янішен І.В., Ярова А.В., Бережна О.О., Доля А.В., Богатиренко М.В. Клінічні аспекти застосування стоматологічних матеріалів у контексті забезпечення якості лікування ортопедичними конструкціями. Вісник проблем біології й медицини. 2019;2(1(149)):59–66. DOI 10.29254/2077-4214-2019-1-2-149-59-66.

Янішен І.В., Сідорова О.В.

АНАЛІЗ ПОРУШЕННЯ КРАЙОВОГО ПРИЛЯГАННЯ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ У КОРОТКІ СТРОКИ КОРИСТУВАННЯ ПІСЛЯ ПОСТІЙНОЇ ФІКСАЦІЇ

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. Постійний розвиток стоматологічної галузі, запровадження нових тенденцій, підходів та методів значно розширили можливості лікарів з практикою щодо забезпечення не лише функціонального, а й більш естетичного ортопедичного лікування пацієнтів з обмеженими дефектами зубних рядів та твердих тканин зубів використовуючи традиційні незнімні конструкції зубних протезів [1].

Цементні матеріали широко вживаються в стоматології і можуть мати різне клінічне застосування [2]. Вони використовуються як базовий та тимчасовий матеріал для пломбування, а також для фіксації різноманітних незнімних конструкцій [3].

Мета роботи. Оцінити порушення крайового прилягання незнімних конструкцій зубних протезів, після виконання етапу постійної фіксації на склоіономерні цементі шляхом клінічної оцінки.

Матеріали та методи. Було проведено ортопедичне лікування 50 пацієнтів незнімними ортопедичними конструкціями, які після виготовлення були зафіксовані на постійні цементі склоіономерного ряду (СІЦ). Пацієнти були розподілені на три клінічні групи. У першу групу потрапили пацієнти, чий конструкції були зафіксовані на СІЦ з суміші карбонової та малеїнової кислоти (3М ESPE, Німеччина). У другій групі – СІЦ на основі гомополімеру акрилової та тартарової кислоти (SDI Limited, Австралія). Пацієнти третьої групи - вітчизняний СІЦ на основі полікарбонової та 2,3-дигідроксибутадіонової

(винної) кислоти (АТ «Стома», Україна). Після фіксації конструкцій зубних протезів у період через 7 днів та 6 місяців проводили їх повторний огляд для визначення показника порушення прилягання даних конструкцій.

Результати. Порушення крайового прилягання зафіксованих незнімних конструкцій через 7 днів користування спостерігалось у пацієнтів І групи у 1 одиниці конструкції ($6,67 \pm 1,47$)% від кількості всіх протезів, але вже при обстеженні цієї групи через 6 місяців даний показник збільшився і склав 7 одиниць ($46,67 \pm 5,37$)% з вірогідністю ($p < 0,01$) даних. У пацієнтів ІІ групи цей критерій виявлено у 4 одиниць ($26,67 \pm 1,82$)%, що незначно відрізняється від показника на 7 добу в межах 3 одиниць ($20,00 \pm 2,42$)% ($p < 0,05$). У пацієнтів ІІІ групи порушення крайового прилягання через 7 днів після фіксації відмічене лише в 1 одиниці конструкції ($5,00 \pm 0,62$)%, а через 6 місяців показник склав 3 одиниці ($20,00 \pm 2,54$)%, ($p < 0,01$).

Висновок. Дослідження показало, що в І групі пацієнтів спостерігається значне збільшення порушень крайового прилягання незнімних конструкцій на 40% протягом 6 місяців ($p < 0,01$). У ІІ групі показник збільшився на 6,67% ($p < 0,05$) що вказує на невірогідність результатів, тоді як ІІІ група продемонструвала вірогідність даних у зазначений період ($p < 0,01$).

Література:

1. Anusavice K.J., Shen C., Rawls H.R. Philips' Science of dental materials. 12. ed. St. Louis: Saunders. - 2013. - Pp. 307-339.
2. Santos R.L., Pithon M.M., Leonardo J.B.P., Oberosler E.L.C, Vaitsman D.S., Ruellas A.C.O. Orthodontic cements: Immediate protection and fluoride release. Dental Press J Orthod. - 2012. - 17(4). - Pp. 27.e1-5.
3. Янішен І.В., Сідорова О.В., Погоріла А.В., Федотова О.Л., Андрієнко К.Ю. Причини, характер і частота виникнення ускладнень при використанні незнімних зубних протезів (огляд літератури). Вісник стоматології, № 1 (126), Т 51-2024. С. 190-198.

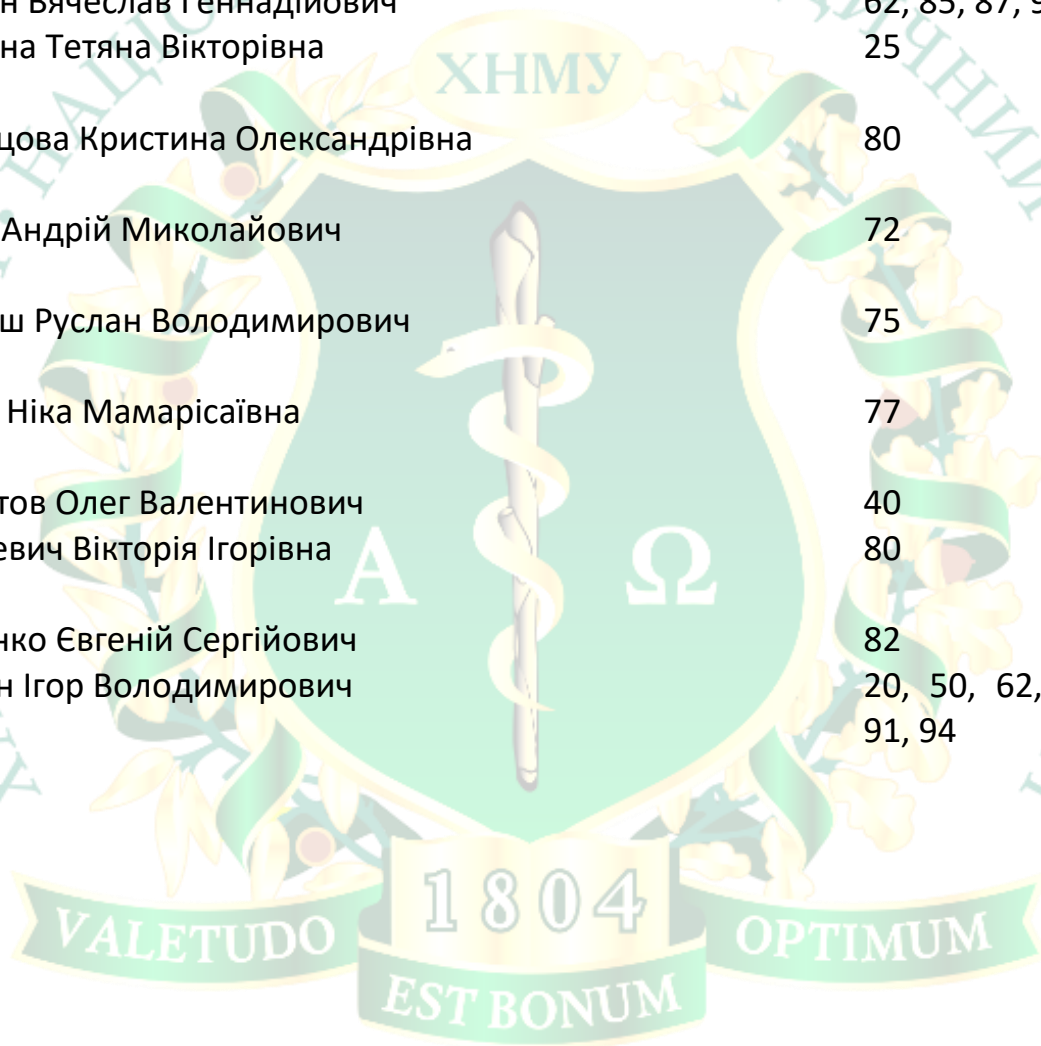
Всеукраїнська дистанційна науково-практична конференція
з міжнародною участю
**«КОМОРБІДНІ СТАНИ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ
ЛІКУВАННЯ. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ
ОСВІТИ В УКРАЇНІ. ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ»**

ПОКАЖЧИК АВТОРІВ

Albokr Ahmed	11
Diudina Iryna Leonidivna	58
German Stanislav Anatoliiovych	28
Karaban Sofiia Vitaliivna	28
Kukla Milana Mykolaivna	28
Movchan Olha Volodymyrivna	58
Pereshyvailova Iryna Oleksandrivna	58
Taravnekh Shaker Dzhamil	58
Zahradaska Olena Leonidivna	11
Баглик Тетяна Вікторівна	52, 55
Бадалов Роберт Мехрالیогли	13
Баля Геннадій Миколайович	47
Біда Олександр Віталійович	15
Браїлко Наталія Миколаївна	60
Бреславець Наталія Миколаївна	17
Бугаєв Владислав Юрійович	20
Варв'янський Павло Юрійович	22
Возний Олександр Вікторович	72, 75
Волковицька Т.А.	22
Воропаєва Людмила Василівна	25, 52
Гаджула Наталія Григорівна	44
Гармаш Ольга Володимирівна	52, 55
Горбунов Андрій Андрійович	30
Гордієнко Світлана Анатоліївна	13
Гур'єва Тетяна Євгенівна	55
Дворник Валентин Миколайович	32, 37, 40
Діасамідзе Елгуджа Джемалович	13, 22, 34, 64, 82
Добровольська Оксана Володимирівна	47
Дюдіна Ірина Леонідівна	62, 85, 87

Ель-Хамад Діма Ходр	34
Заградська Олена Леонідівна	30
Ілляшенко Юлія Іванівна	32, 37, 40
Кайдашев Ігор Петрович	80
Кириленко М.О.	22
Коваленко Галина Анатоліївна	13
Коломієць Світлана Веніамінівна	80
Костюк Тамара Романівна	42
Костюк Тетяна Михайлівна	77
Костючик Андрій Вікторович	44
Кричка Наталія Василівна	50, 62, 85, 87, 91, 94
Крючко Алла Іванівна	25
Кузь Віталій Сергійович	47
Кузь Гельфіра Маліківна	32, 47
Куліш Сергій Анатолійович	50, 62, 87, 91, 94
Литовченко Наталія Михайлівна	42
Лунькова Юліана Станіславівна	40
Любченко Ольга Валеріївна	25, 52, 55
Ляшенко Лілія Іванівна	60
Мартиненко Ігор Миколайович	37
Мовчан Ольга Володимирівна	54, 85
Назаренко Зоряна Юріївна	60
Ніконов Андрій Юрійович	17
Павленко Світлана Анатоліївна	60
Павліш Ігор Вікторович	40
Перепелова Тетяна Василівна	32
Перешивайлова Ірина Олександрівна	62, 85, 87, 91, 94
Петренко Руслан Володимирович	37
Погоріла Алла Володимирівна	50, 87, 91
Російський Петро Вікторович	64
Рябоконт Євген Миколайович	67
Рябоконт Роман Євгенійович	67

Савельєва Наталія Миколаївна	69
Семененко Іван Павлович	32, 37
Сідорова Ольга Вадимівна	50, 93
Скрипников Петро Миколайович	80
Стеблянко Людмила Вікторівна	52, 55
Стоян Олена Юліївна	69
Таравнех Шакер Джаміль	64
Тесленко Олександра Іванівна	47
Ткаченко Ірина Михайлівна	60
Томілін Вячеслав Геннадійович	62, 85, 87, 91
Томіліна Тетяна Вікторівна	25
Удальцова Кристина Олександрівна	80
Філон Андрій Миколайович	72
Цинкуш Руслан Володимирович	75
Чумак Ніка Мамарісаївна	77
Шеметов Олег Валентинович	40
Шинкевич Вікторія Ігорівна	80
Якіменко Євгеній Сергійович	82
Янішен Ігор Володимирович	20, 50, 62, 85, 87, 91, 94



Сайт конференції

<https://sites.google.com/knmu.edu.ua/spc-od-knmu/>

Оргкомітет конференції

kaf.st.ortopedychnoyst@knmu.edu.ua 

© Харківський національний медичний університет, 2024