



ХАРКІВСЬКЕ ОБЛАСНЕ ВІДДІЛЕННЯ

АСОЦІАЦІЇ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ



ПИТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ Вип. 14

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
ГО «ХАРКІВСЬКЕ ОБЛАСНЕ ВІДДІЛЕННЯ
АСОЦІАЦІЇ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ»**



ПИТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Випуск 14



Харків 2019

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГО «ХАРКІВСЬКЕ ОБЛАСНЕ ВІДДІЛЕННЯ АСОЦІАЦІЇ
СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ»

40 років відновлення кафедри терапевтичної стоматології Харківського національного медичного університету



ПИТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

*Збірник наукових праць
Випуск 14*

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«НАУКА, ТЕХНОЛОГІЇ ТА ПРАКТИКА В СТОМАТОЛОГІЇ»
З НАГОДИ 40-РІЧЧЯ ВІДНОВЛЕННЯ КАФЕДРИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ
СТОМАТОЛОГІЇ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ
Харків, 30 жовтня 2019 р.**

Харків
2019

УДК 616.31 (081/082)

ББК 56.6

П 35

Редакційна колегія: проф. Є.М. Рябокони (відповідальний редактор), ас. Б.Г. Бурцев (відповідальний секретар.), проф. С.М. Григоров, проф. Г.Ф. Катурова, проф. Р.С. Назарян, доц. В.В. Ніконов, проф. Г.П. Рузін, проф. І.І. Соколова, проф. І.В. Янішен

Рецензенти: професор А.В. Самойленко – зав. каф. терапевтичної стоматології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; професор В.І. Гризодуб – зав. каф. ортопедичної стоматології № 1 Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

П 35 **Питання експериментальної та клінічної стоматології:** Зб. науч. праць. – Вип. 14. /Редкол.: Є.М. Рябокони (відп. ред.) та ін.; МОЗ України, Харк. нац. мед. ун-т. – Харків: ФОП Бровін О.В., 2019. – 316 с. ISBN 978-617-7738-69-4

Затверджений та рекомендований до видання Вченою радою Харківського національного медичного університету (протокол № 10 від 21.11.2019 р.)

Збірка наукових праць присвячена 40-річчю відновленню кафедри терапевтичної стоматології Харківського національного медичного університету. У ній представлені матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Наука, технології та практика в стоматології», з нагоди 40-річчя відновлення кафедри терапевтичної стоматології Харківського національного медичного університету (30 жовтня 2019 р.). Збірка включає результати наукових досліджень по актуальним проблемам стоматології та щелепно-лицьової хірургії з різних країн. У випуск включені праці фахівців, які виконані на кафедрах стоматологічного профілю та суміжних дисциплін медичних ВНЗ і установ післядипломної освіти лікарів, а також в практичній охороні здоров'я. У них відбиті експериментальні, теоретичні і клінічні питання сучасної стоматології та щелепно-лицьової хірургії.

Автори виражають подяку за допомогу в публікації збірки ГО «Харківське обласне відділення Асоціації стоматологів України» (Президент – професор Є.М. Рябокони)

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 18,37. Тир. 300 прим. Зам. 690-19.
Видавець та виготовлювач ФОП Бровін О.В.
61022, м. Харків, вул. Трінклера, 2, корп.1, к.19. Т. (057) 758-01-08, (066) 822-71-30
Свідоцтво про внесення суб'єкта до Державного реєстру
видавців та виготовників видавничої продукції серія ДК 3587 від 23.09.09 р.

СТИЛЬ®
ИЗДАТ
ТИПОГРАФІЯ
www.stil-izdat.com

ISBN 978-617-7738-69-4

УДК 616.31 (081/082)
ББК 56.6

© Харківський національний медичний університет
© ГО «Харківське обласне відділення Асоціації стоматологів України»

Objects and research methods. Observed patient G., born 1995 with complaints of constant discomfort and periodic allocation of pus in the area of the extracted tooth on the upper right jaw. The main diagnosis is osteopenic syndrome. To clarify the clinical picture and develop treatment tactics, a comprehensive dental examination and computed tomography (CT) scan of the upper jaw were performed.

Results. According to the results of clinical and radiological studies, the diagnosis was made: chronic osteomyelitis of the upper jaw on the right. On the CT scan of the tubercle of the upper right jaw there is a violation of the integrity of the cortical plate with small freely lying sequestrators. A traditional course of antibiotic therapy has been prescribed: doxycycline; loratadine; lactovite forte. Control after 7 days - the absence of fistulas. After 3 months - complaints of discomfort in the same area, the appearance of "pieces" of bone tissue. Treatment tactics changed: a course of doxycycline SDD (20 mg, 2 times a day) for 90 days (3 months) was prescribed, table. metronidazole 0.25 mg, 2 p. per day - 10 days, linnex 1 tab., 1 p. per day - 10 days. After 3 months no complaints, control - scar up to 4 mm., Painless on palpation. On CT - the formation of a cortical plate, a single sequestration. Assigned a second course of SDD after 3 months. Inspection after the 2nd cycle of SDD - no complaints. Objectively: the mucous region of the tubercle and the hole 18 without pathology, a scar of the same size, painless on palpation, on a CT scan: cotricular plate unchanged, no sequestration. Recommended calcium preparations in citrate form after consultation with an orthopedic surgeon.

Findings. A clinical example demonstrates the high anti-inflammatory effect of subantimicrobial doses of doxycycline in the treatment of chronic osteomyelitis with osteopenia.

Keywords. Osteopenia, chronic jaw osteomyelitis, subantimicrobial doses, tetracyclines.

УДК 616.314.16-007.23-08-053.5

Денисова Е.Г., Соколова И.И.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Кариес зубов остается наиболее распространенной патологией твердых тканей зубов у детей и является одним из основных факторов, ведущих к дисфункции зубочелюстной системы в целом.

У детей и подростков окклюзионные поверхности являются наиболее вероятными участками для развития кариеса от начала прорезывания зубов и до окончательного формирования корня. Зубы с высокой пораженностью кариесом – это первые моляры, за которыми следуют вторые моляры, далее премоляры, которые реже подвергаются кариозному поражению [1-4]. Если учитывать степень тяжести кариозного процесса, то окклюзионные поверхности подвергаются более сильному поражению, чем проксимальные [5-7].

Лечение окклюзионных поверхностей, пораженных кариесом, является серьезной проблемой для врачей, связано это с тем, что биопленка указанных поверхностей является ключевым этиологическим фактором развития кариеса на этих участках. Макроморфология окклюзионной поверхности способствует адгезии бактерий из-за ее сложной архитектуры (система желобок-ямка) вместе с относительно длительным периодом прорезывания и с пониженной механической (жевательной) функцией в этот период [8]. Эти участки способствуют накоплению и созреванию биопленок, которые потенциально могут превратиться в кариесогенные биопленки, при возникновении дисбаланса метаболической активности в результате изменений условий полости рта [9,10]. Контроль биопленки внутри кариозной полости невозможен. Инфицированные дентинные каналы часто обнаруживаются после традиционного препарирования кариеса до твердого (hard) дентина [11]. Поэтому наличие бактерий после оперативного лечения кариозного процесса может быть неизбежным.

Тактика удаления дентина при лечении глубокого кариеса имеет несколько аспектов.

Неизбирательное удаление кариозной ткани до жесткого дентина (non-selective removal of carious tissue to hard dentin – NSRHD) предполагает, что остается только жесткий (hard) дентин, при проведении по которому зондом можно услышать скрипучий звук. При этом полное удаление патологически измененного дентина может привести к косвенному повреждению пульпы от раздражения, проходящего через тонкий слой оставшегося дентина, или от ненужного ослабления структурной целостности зуба [12, 13].

При избирательном удалении до твердого дентина (selective removal to firm dentin – SRFD) остается плотный дентин, который снимается пластами (leathery) или твердый (firm) дентин, который снимается с трудом экскаватором. Иными словами удаляется контаминатный микроорганизмами дентин, но не деминерализованный дентин, который может быть в последствии реминерализован. И хотя это и несколько субъективно, тактильное ощущение при препарировании остается, вероятно, лучшим руководством для врача [14].

Vjørndal et al. предложили удаление кариозно-измененного дентина в два этапа, поэтапная обработка (stepwise excavation SW). При SW кариозный дентин не полностью удаляется со дна полости в первое посещение и закрывается временной пломбой. Это обеспечивает реминерализацию и развитие третичного дентина в пульповой камере. Во второй визит через несколько месяцев проводится процедура повторного препарирования. Дентин становится тверже и суше с признаками неактивного поражения и выполняется полное удаление всей оставшейся кариозной ткани. Лечение SW представляет собой NSRHD или SRFD, выполняемое в два этапа [15].

Цель работы: определение эффективности stepwise excavation (SW) при лечении глубокого кариеса постоянных зубов с несформированным корнем.

Объекты и методы исследования. Было проведено обследование и лечение 26 детей в возрасте от 8 до 14 лет, с клинически установленным диагнозом глубокий кариес постоянных моляров. Диагноз устанавливался на ос-

новании данных анамнеза, клинического и рентгенологического обследования. Родители были ознакомлены с планом лечения и дали письменное согласие на участие в данном исследовании. Дети составили 2 группы: 1-я группа (контрольная) и 2-я группа (основная, SW) – по 13 человек в каждой группе. Лечение проводили с использованием местной анестезии (инфильтрационной) препаратом «Мепифрин-Здоровье».

Препарирование кариозной полости в 1 группе проводили с использованием турбинного наконечника, с использованием шаровидных боров, контролируя степень плотности зондированием. После медикаментозной обработки раствором хлоргексидина биглюконата 2%, накладывали кальцийсодержащую лечебную прокладку и ставили контрольную пломбу на 7-10 дней, при отсутствии жалоб, её меняли на постоянную из СИЦ. Контроль лечения проводили через 90 дней и 12 месяцев.

Препарирование во 2 группе осуществляли с помощью ручных экскаваторов и/или низкоскоростных металлических боров, при этом тщательно частично удаляли измененный дентин со стороны пульпы с помощью ручных экскаваторов (удалялась только деминерализованная ткань). Медикаментозную обработку проводили раствором хлоргексидина биглюконата 2%. Затем накладывали кальцийсодержащую лечебную прокладку и временно заполняли *цинкоксид-эвгенольным цементом* («Кариосан», SpofaDental, Чехия). Повторное открытие полости проводили через 90 дней для удаления оставшейся кариозной ткани и восстановления зубов с помощью стеклоиономерного цемента. Контрольный осмотр проводили через 12 месяцев от начала лечения.

В качестве диагностического контроля лечения использовали рентгенологический метод (дентальный снимок) и электроодонтометрию (ЭОМ) (аппарат «Pulp Tester DY310» «Denjoy», Китай).

Статистическую обработку результатов проводили с применением критерия t Стьюдента.

Результаты исследования. При обследовании детей 1 и 2 групп было установлено, что в кариозный процесс вовлекались первые и вторые моляры как верхней, так и нижней челюстей, причем у некоторых детей были поражены 2 или 3 зуба одновременно (см. табл. 1).

Таблица 1

Характеристика зубов, пораженных глубоким кариесом у детей 8-14 лет

| Группа детей | Групповая принадлежность зубов | | | | | | | | Всего |
|--------------|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| | 16 зуб | 17 зуб | 26 зуб | 27 зуб | 36 зуб | 37 зуб | 46 зуб | 47 зуб | |
| 1-я группа | 1 | - | 1 | - | 5 | 1 | 6 | 2 | 16 |
| 2-я группа | 2 | - | 1 | - | 7 | 1 | 5 | 1 | 17 |
| Всего зубов | 3 | - | 2 | - | 12 | 2 | 11 | 3 | 33 |

Таким образом, в большинстве случаев были поражены моляры нижней челюсти в обеих группах.

На этапе рентгенологического исследования было установлено, что патологических изменений в периапикальных тканях не было, при этом корни зубов находились на разных этапах развития в зависимости от возраста ребенка. Учитывая этот факт ЭОМ проводилась сравнительная: сравнивали показатели пораженного зуба со здоровым противоположной стороны, данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Электроодонтометрические показатели зубов пораженных кариесом у детей 8-14 лет.

| Группа детей | ЭОМ, мкА (m±M) | | |
|--------------|----------------|---------------|------------------|
| | До лечения | Через 90 дней | Через 12 месяцев |
| 1-я группа | 16,5±1 | 13,88±1,02 | 10,44±0,94 |
| 2-я группа | 16,74±0,97 | 14±0,94 | 10,29±0,69 |
| | t= 0,1 | t= 0,3 | t= 0,4 |

Анализ таблицы 2 показал, что статистически значимой разницы в показателях ЭОМ 1 и 2 групп не было, т.е. с клинической точки зрения тактика лечения в обоих случаях приводит к эффективному результату, и выбор метода лечения зависит от нескольких факторов: клинических и социальных. К социальным относятся: поведения ребенка во время манипуляции, возможность/невозможность посещения стоматолога, готовность родителей и ребенка сотрудничать с доктором. Клинические факторы частично переплетаются с социальными в сфере поведения ребенка на приеме, и тем самым обеспечивают «чистоту операционного поля» во время препарирования зуба. Большое значение имеет гигиена полости рта в аспекте формирования кариесогенной биопленки, и как следствие высокий уровень обсемененности кариозной полости, и дентинных канальцев в частности, поэтому использование антисептика для обработки кариозной полости с широким антибактериальным диапазоном необходимо вне зависимости от выбранной тактики.

Следует отметить, что в 1 группе из 16 зубов в 2-х впоследствии был диагностирован пульпит на этапе контрольной пломбы, и было проведено соответствующее лечение. Во 2 группе протокол лечения не был выполнен у 2 пациентов (15%) в связи с тем, что они не явились на прием по истечении контрольных сроков.

Рентгенологический контроль показал, что в обеих группах патологических изменений в периапикальных тканях не наблюдалось. Корни формировались согласно физиологическим срокам. У всех детей наблюдалось уменьшение размеров пульповой камеры за счет образования третичного дентина.

Выводы. Проведенные исследования показали, что как традиционный метод лечения глубокого кариеса зубов у детей, так и использование методики SW показали клиническую эффективность при условии полного выполнения протокола лечения. Выбор тактики обусловлен индивидуальным подходом врача к лечению пациента.

Литература. 1. Carvalho J.C. The decline in dental caries among Belgian children between 1983 and 1998/ Carvalho J.C., Van Nieuwenhuysen J.P., D'Hoore W.// Community Dent Oral Epi-

demiol. - 2001. - №29. - P. 55–61. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11153564>

2. Van Nieuwenhuysen J.P. Caries reduction in Belgian 12-year-old children related to socioeconomic status/ Van Nieuwenhuysen J.P., Carvalho J.C., D’Hoore W. // *Acta Odontol Scand* -2002.-№ 60.-P. 123–128. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12020116>

3. Batchelor P.A. Grouping of tooth surfaces by susceptibility to caries: a study in 5–16 year-old children/ Batchelor P.A., Sheiham A. // *BMC Oral Health* - 2004. - №4. - P. 2. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC526778/>

4. Carvalho J.C. Caries process on occlusal surfaces: evolving evidence and understanding/ Carvalho J.C. // *Caries Res* - 2014. - № 48. - P. 339–346. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24577073>

5. Mejare I. Caries incidence and lesion progression from adolescence to young adulthood: a prospective 15-year cohort study in Sweden/ Mejare I., Stenlund H., Zelezny-Holmlund C. // *Caries Res* - 2004. - № 38. - P. 130–141. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14767170>

5. Van Nieuwenhuysen J.P. Caries experience among dental students in Belgium over 15 years/ Van Nieuwenhuysen J.P., D’Hoore W., Carvalho J.C. // *Caries Res* - 2004. - № 38. - P. 395. - Режум доцмына: <https://www.karger.com/Journal/>

6. Carvalho J.C. Do oral health conditions adversely impact young adults? / Carvalho J.C., Mestrinho H.D., Stevens S., van Wijk A.J. // *Caries Res* - 2015. - № 49. - P. 266–274. - Режум доцмына: <https://www.karger.com/Journal/>

7. Carvalho J.C. Results after 3 years of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars/ Carvalho J.C., Thylstrup A., Ekstrand K.R. // *Community Dent Oral Epidemiol* -1992. - № 20. - P. 187–192. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1526101>

8. Marsh P.D. Microbial ecology of dental plaque and its significance in health and disease/ Marsh P.D. // *Adv Dent Res* -1994. - № 8. - P. 263–271. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7865085>

9. Takahashi N. Caries ecology revisited: microbial dynamics and the caries process/ Takahashi N., Nyvad B. // *Caries Res* -2008. - № 42. - P. 409–418. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18832827>

10. Banerjee A. A method for the detection and quantification of bacteria in human carious dentine using fluorescent in situ hybridization/ Banerjee A., Yasseri M., Munson M. // *J Dent* -2002. - № 30. - P. 359–363. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12554119>

11. Ricketts D. Operative caries management in 559 adults and children/ Ricketts D., Lamont T., Innes N.P., Kidd E., Clarkson J.E. // *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Mar 28;(3):CD003808. doi: 10.1002/14651858.CD003808.pub3. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23543523>

12. Schwendicke F. Managing carious lesions: Consensus recommendations on carious tissue removal/ Schwendicke F., Frencken J.E., Bjørndal L., Maltz M. et al. // *Adv Dent Res* - 2016. - №28(2). - P.58-67. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27099358>

13. Innes N.P. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Terminology/ Innes N.P., Frencken J.E., Bjørndal L., Maltz M. et al. // *Adv Dent Res* - 2016. - №28(2). - P.49-57. - Режум <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27099357>

14. Bjørndal L. A clinical and microbiological study of deep carious lesions during stepwise excavation using long treatment intervals/ Bjørndal L., Larsen T., Thylstrup A. *Caries Res* -1997. - №31. - P.411–417. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9353579>

15. Maltz M. A clinical, microbiologic, and radiographic study of deep caries lesions after incomplete caries removal/ Maltz M., de Oliveira E.F., Fontanella V., Bianchi R. // *Quintessence Int* -2002. - № 33. - P. 151–159. - Режум доцмына: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11890029>

Denysova E., Sokolova I.

CLINICAL RESULTS OF TREATMENT OF PERMANENT TEETH WITH UNFORMED ROOTS IN CHILDREN

Kharkiv National medical university, Kharkiv, Ukraine

Introduction. Tooth decay remains the most common pathology of dental hard tissue in children and is one of the main factors leading to dysfunction of the dentition in general. Treatment of occlusal surfaces affected by caries is a serious problem for doctors, this is due to the fact that the biofilm of these surfaces is a key etiological factor in the development of caries in these areas. The tactics of dentin removal in the treatment of deep caries has several aspects. This is indiscriminate removal of carious tissue to hard dentin (non-selective removal of carious tissue to hard dentin – NSRHD) and selective removal to hard dentin (selective removal to

firm dentin – SRFD). Bjørndal et al. proposed removing carious dentin in two stages - stepwise excavation (SW).

Aim. Determining the effectiveness of stepwise excavation (SW) in the treatment of deep caries of permanent teeth with an unformed root.

Materials and methods. Examination and treatment of 26 children aged 8 to 14 years, with a clinically established diagnosis of deep caries of permanent molars, was carried out. Children comprised 2 groups: 1st group (control) and 2nd group (main, SW) - 13 people in each group. Diagnostic control of the treatment was carried out using the X-ray method (dental image) and electroodontometry (EOM).

Results. In the examination of children of groups 1 and 2, it was found that in most cases the molars of the lower jaw in both groups were affected. There was no statistically significant difference in EOM 1 and 2 groups, i.e., from a clinical point of view, treatment tactics in both cases lead to an effective result, and the choice of treatment method depends on several factors: clinical and social. X-ray control showed that no pathological changes were observed in the periapical tissues in both groups. The roots were formed according to physiological timelines. In all children, the pulp chamber was reduced due to the formation of tertiary dentin.

Conclusions. Studies have shown that both the traditional method of treating deep dental caries in children and the use of the SW technique have shown clinical efficacy provided that the treatment protocol is fully implemented. The choice of tactics is determined by the individual approach of the doctor to the treatment of the patient.

Key Words: Dental caries, stepwise excavation (SW).

УДК 616.31-083

Денисова Ю.Л.¹, Рубникович С.П.², Андреева В.А.²

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕНТАЛЬНЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ

¹ Белорусский государственный медицинский университет

² Белорусская медицинская академия последипломного образования

Введение. Эффективность периодонтологического лечения у пациентов с дентальными имплантатами зависит от выполнения адекватных подготовительных мероприятий, в числе которых является гигиенические процедуры [1, 4].

Среди множества лечебно-профилактических мероприятий, используемых для поддержания хорошего состояния периимплантатных тканей, большое значение имеют гигиенические процедуры. Их широко применяют на различных этапах комплексной терапии, профилактики и реабилитации с целью воздействия на отдельные патогенетические звенья патологического процесса в тканях периодонта. В связи с этим представляется важным и необходимым изучение влияния нового воздушно-абразивного метода снятия зубных отложений у пациентов с дентальными имплантатами на состояние периимплантатных тканей [2, 3].

Целью исследования. Определить эффективность воздушно-

ЗМІСТ

| | |
|--|-----------|
| <i>Байтус Н.А., Новак Н.В. Эффективность восстановления цветowych параметров зуба после отбеливания в ближайшие и отдаленные сроки.....</i> | <i>3</i> |
| <i>Баранова М.С. Гіпокінезія під час вагітності – ризик-фактор карієс-нестійкості зубів дорослого потомства.....</i> | <i>5</i> |
| <i>Бобкова И.Л., Кравчук И.В. Выбор параметров низкоинтенсивного лазерного излучения для использования в комплексной терапии хронического пародонтита</i> | <i>7</i> |
| <i>Бойцанюк С.І., Перебейнос Л.І. Фактори ризику розвитку раннього дитячого карієсу.....</i> | <i>12</i> |
| <i>Бойченко О.Н., Котелевская Н.В., Зайцев А.В., Николишин А.К. Микробиологические тесты для определения риска кариеса.....</i> | <i>16</i> |
| <i>Бондаренко В.В., Стебловський Д.В., Кравченко С.Б. Зміни показників тканинного дихання в тканинах слинних залоз при опіковій хворобі.....</i> | <i>20</i> |
| <i>Brodetska L., Lisakovska O., Natrus L. The regulatory role of the rankl/rank/opg signaling pathway in the mechanisms of tooth eruption in patients with impacted teeth.....</i> | <i>22</i> |
| <i>Варес Я.Е., Гудзан Я.С., Штибель Н.В. Переваги використання горбово-крилоподібних імплантантів для реабілітації пацієнтів з кінцевими дефектами верхньої щелепи</i> | <i>24</i> |
| <i>Водоріз Я.Ю., Ткаченко І.М. Оцінка якості життя у пацієнтів із потребою у лікуванні зубів бічної групи.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Воропаєва Л.В., Крючко А.І. Лікування пародонтиту у хворих на цукровий діабет з дефіцитом вітаміна Д.....</i> | <i>29</i> |
| <i>Гармаш О.В., Білозоров О.П. Дослідження можливої асоціації між поліморфізмом <i>vtpr-7</i> [rs72626594] та карієсом постійних зубів в популяції осіб, народжених із макросомією, харківської області та прилеглих областей.....</i> | <i>31</i> |
| <i>Горленко І.М., Гаджула Н.Г. Клінічна ефективність застосування біокераміки при лікуванні травматичного пульпіту.....</i> | <i>35</i> |
| <i>Гриновець В.С., Шашков Ю.І., Гриновець І.С., Рінецька О.Р. Становлення ортодонтії як науки в університетській стоматології ХХ сторіччя у Львові</i> | <i>38</i> |
| <i>Гриновець І.С., Гриновець В.С. Розробка нової лікарської форми стоматологічної лікарської плівки з офлоксацином для лікування слизової оболонки порожнини рота.</i> | <i>40</i> |
| <i>Гур'єва Т.Є., Крючко А.І., Воропаєва Л.В., Гур'єва А.Ю. Імітаційні (симуляційні) технології у навчанні студентів.....</i> | <i>42</i> |
| <i>Гур'єва А.Ю., Бут Н.С., Гур'єва Т.Е. Эффективность применения отбеливающих систем в терапевтической стоматологии.....</i> | <i>45</i> |
| <i>Данилова Д.В., Федоринчик О.В. Вариабельность одонтометрических характеристик зубов в условных группах</i> | <i>47</i> |
| <i>Данилова Д.В., Ковецкая Е.Е., Кравчук И.В. Оказание стоматологической помощи пациентам с ХПН, находящимся на гемодиализе.....</i> | <i>50</i> |
| <i>Денисова Е.Г., Стоян Е.Ю., Соколова И.И. Наблюдение хронического остеомиелита верхней челюсти на фоне остеопенического синдрома (клинический случай).....</i> | <i>53</i> |
| <i>Денисова Е.Г., Соколова И.И. Клинические результаты лечения постоянных зубов с несформированными корнями у детей.....</i> | <i>57</i> |
| <i>Денисова Ю.Л., Рубникович С.П., Андреева В.А. Профессиональная гигиена полости рта у пациентов с дентальными имплантатами.....</i> | <i>62</i> |
| <i>Дидик Н.М., Ільченко М.О. Дефекти зубних рядів у дорослих: поширеність та основні характеристики</i> | <i>65</i> |
| <i>Дмитриева А.А., Бобровская Н.П. Ошибочные диагнозы в диагностике слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез.</i> | <i>66</i> |
| <i>Жаров М.О., Доля Е.І., Костюк Н.Г. Особливості будови оклюзійних поверхонь молярів верхньої щелепи.....</i> | <i>68</i> |
| <i>Жуков К.В. Історія розвитку післядипломної освіти лікарів-стоматологів у ХМАПО</i> | <i>70</i> |
| <i>Казеко Л.А., Захарова В.А. Морфологическая характеристика экспрессии матриксных</i> | |