

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

III Хортицький стоматологічний форум

ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
“ФУНКЦІЯ І ЕСТЕТИКА
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ”

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ



ЗАПОРІЖЖЯ 2017

Реєстр конференції УкрІНТЕІ МОН України №126 від 16.03.2017

Шановні колеги!

З давніх часів острів Хортиця, що століттями вабив всіляких подорожніх, загарбників і осілих людей, в середині XVI століття навчився себе захищати, ставши місцем зародження Запорізької Січі. Запорізьке козацтво завжди виступало на захист своїх прав і прав українського народу. І сьогодні Запорізький край залишається оплотом незалежності України, місцем трудових звершень і джерелом наукового потенціалу.

В цьому році вчені і викладачі Запорізького державного медичного університету запрошують в свої стіни фахівців в області стоматології для участі в III Хортицькому стоматологічному форумі, який об'єднає в собі проведення науково-практичної конференції, національної стоматологічної виставки, різнопланових семінарів і майстер-класів.

Головною темою цього форуму стане роль функції і естетики щелепно-лицевої ділянки в лікуванні пацієнтів з вродженою і набутою патологією. Провідні фахівці в області естетичної стоматології представлять своє бачення сучасної реабілітації пацієнтів і розвиток цього напрямку в майбутньому.

Від імені всієї стоматологічної спільноти нашого краю запрошуюю практикуючих стоматологів, вчених і викладачів стоматологічних факультетів України, керівників стоматологічних практик, студентів та інтернів прийняти участь 27-29 квітня 2017 року в заходах, що проводяться в рамках III Хортицького стоматологічного форуму.

Я вірю - насичена програма форуму, доповнена автентичним колоритом традицій запорізької землі, залишать у Вашій пам'яті незабутні враження.

До зустрічі в Запоріжжі!

З повагою, голова оргкомітету Чертов Сергій Олександрович

Редакційна колегія: професор Бараннік Н. Г., професор Бердюк І. В., доцент Возний О.В., доцент Чертов С.О., доцент Бурега Ю.О., доцент Возна І.В., доцент Кокарь О. О., доцент Гавриленко М. А., асистент Маслова І. М.

Всеукраїнська науково-практична конференція **«Функція і естетика щелепно-лицьової ділянки»** (згідно реєстрації в МОЗ України, посвідчення УкрINTEL No 126 від 16. 03. 2017 р.): зб. мат. конф. / Редкол.: Бурега Ю.О. (відп. ред) та ін.: Запорізький державний медичний університет МОЗ України. - Запоріжжя; ЗДМУ МОЗУ 2017. – 78 с.

В збірнику надруковані матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Функція і естетика щелепно-лицьової ділянки» яка відбулась 27-29 квітня 2017 року. В ньому представлені тези доповідей матеріалів конференції, наведені результати досліджень, які були виконані на кафедрах стоматологічного профілю та суміжних дисциплін медичних вищих навчальних закладів, а також в закладах практичної охорони здоров'я, відображені теоретичні, експериментальні, клінічні та науково-методичні питання сучасної стоматології. Представлені роботи присвячені питанням діагностики, лікування, профілактики стоматологічних хворих, педагогічні проблеми та шляхи їх вирішення.

ЗМІСТ

ПОСТЕКСТРАКЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ: ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ ТА ТЕРМІНУ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЇ.....	7
Абрамов А.В., Ганчев К.С.	
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	8
Баранник Н.Г, Мосейко А.А., Манухина О.Н., Сидоряко А.В., Варжапетян С.Д., Мамочкина И.Д.	
РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА.....	12
Баранник Н.Г., Мосейко А.А., Егоров А.Н., Семенов Д.М.	
ОЦІНКА ЯКОСТІ ВИГОТОВЛЕННЯ ЗУБНОГО ПРОТЕЗУ.....	14
Возний О.В., Бригадир О.С., Возна І.В., Кожанова Е.М.	
ОЦІНКА ЯКОСТІ РОБОТИ ЛІКАРЯ СТОМАТОЛОГА ОРТОПЕДА.....	16
Возний О.В., Возна І.В., Бригадир О.С., Нікуліна Т.П.	
ПРИНЦИП СПІВПРАЦІ АСОЦІАЦІЇ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ З СТОМАТОЛОГІЧНИМИ КАФЕДРАМИ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ.....	18
Гавриленко М.А.	
РЕТРОСПЕКТИВНО-СТАТИСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОРІЗУВАННЯ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДЕТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ ІЗ МАКРОСОМІЄЮ.....	19
Гармаш О.В	
ПОЛУЧЕНИЕ ОТТИСКОВ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ И СОПУТСТВЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.....	20
Герасимчук П.Г., Коваленко Н.А.	
ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА НА РАСТИТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ.....	22
Григоров С.Н., Стеблянко А.А.	
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАКРЫТЫХ ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	24
Карнаух М.Н., Косинская А.Г., Мамочкина И.Д.	

ИЗУЧЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ ПАЦИЕНТАМИ К СОВРЕМЕННЫМ ОРТОДОНТИЧЕСКИМ СИСТЕМАМ.....	26
Карнаух М. Н., Погарский А.Ю., Мамочкина И.Д.	
МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ УДАЛЕННОЙ РАБОТЫ НАД ЦИФРОВЫМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЕКТАМИ	27
Карнаух М. Н., Погарский А.Ю., Мамочкина И.Д.	
ПЕРВЫЙ КОНКУРС ЗГМУ „ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ЗУБОВ "....	29
Карнаух М.Н., Возная И. В., Мамочкина И.Д.	
ОШИБКИ, ДОПУЩЕННЫЕ УЧАСТНИКАМИ ПЕРВОГО КОНКУРСА «ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ЗУБОВ» СТУДЕНТАМИ 5 КУРСА ЗГМУ	31
Карнаух М.Н., Кокарь О.А., Мамочкина И.Д.	
БОРЬБА С ДЕТСКИМИ СТРАХАМИ ПЕРЕД ПРИЕМОМ СТОМАТОЛОГА.....	34
Карнаух М.Н., Калянова В.А., Мамочкина И.Д.	
МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ДЕНТОФОБИИ У ДЕТЕЙ.....	36
Карнаух М.Н., Калянова В.А., Мамочкина И.Д.	
ВЛИЯНИЕ ДИЗАЙНА СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА ПРЕДПОЧТЕНИЯ ДЕТСКОЙ АУДИТОРИИ.....	37
Карнаух М.Н., Ткаченко Д.А., Мамочкина И.Д.	
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕСТАВРАЦИИ.....	39
Карнаух М.Н., Ковшарь А.Ф., Мамочкина И.Д.	
ТАКТИКА СТОМАТОЛОГА ПРИ УСТРАНЕНИИ МАЛЫХ ВКЛЮЧЁННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ В БОКОВОМ УЧАСТКЕ.....	41
Коваленко Н.А., Герасимчук П.Г.	
ВИКОРИСТАННЯ ЛІСТЕРІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ	43
Кокарь О.О.	
ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРАХ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	44
Кокарь О.О., Карнаух М.М.	
ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДІЯ НОВОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА ПОРОЖНИНОЮ РОТА ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА.....	45
Кравченко Л.С., Романова Ю.Г., Строченко Є.О., Жеребко О.М.	

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗОВАННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ г. ЗАПОРОЖЬЯ.....	47
Лепетченко Е.С., Гавриленко М.А.	
РОЗМІРИ ЗУБІВ У ЮНАКІВ ЗА ДАНИМИ КОМП'ЮТЕРНО- ТОМОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	48
Марченко А.В.	
ВИЗНАЧЕННЯ ДОВЖИНИ КОРЕНІВ ЗУБІВ НА ПЛІВКОВИХ РЕНТГЕНОГРАМАХ.....	50
Машейко І.В., Герасимчук П.Г., Устименко О.К.	
ИССЛЕДОВАНИЕ НАПРЯЖЕННО-ДЕФОРМИРОВАННОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМ «ИМПЛАНТАТ-КОСТЬ».....	51
Мищенко О.Н., Чертов С.А., Возный А.В.	
ИЗУЧЕНИЕ ИНТЕГРАЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ С НАНОСТРУКТУРИРОВАННОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ZrO_2 И TiO_2	53
Мищенко О.Н.	
МЕТОДИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО КОНСТРУЮВАННЯ ОКЛЮЗІЙНИХ ПЛОЩИН В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ.....	57
Новіков В.М., Березій М.В.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОПРЕПАРАТА И ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА....	58
Рябокоть Е. Н., Стеблянок Л. В., Баглык Т. В., Катурова Г.Ф.	
СОВРЕМЕННЫЕ КОНСТРУКЦИИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ.....	60
Смирнов А.С.	
РОЗПОДІЛ ЖУВАЛЬНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ТВЕРДИХ ТКАНИНАХ ЗУБІВ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ ФОРМУВАННЯ ЕМАЛЕВОГО КРАЮ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН І КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ.....	62
Сміянов Ю.В.	
ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРАЦІВНИКІВ ПІДПРИЄМСТВА ПЕРВИННОЇ ДЕРЕВООБРОБНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ.....	64
Токар О.М., Батіг В.М.	
РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ	

ЗАХВОРЮВАНЬ В М. ЗАПОРІЖЖЯ.....	66
Ушакова В.В., Гавриленко М.А.	
ВІДПОВІДНІСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ РІВНЮ ЯКОСТІ ЖИТТЯ	67
Фастовець О. О., Глазков О. О.	
ПОШУК ШЛЯХІВ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.....	68
Фастовець О. О., Малиновський В. Г.	
КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ПЛАЗМОЛИФТИНГА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА.....	70
Филон А.Н., Чертов С.А.	
ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ - СТОМАТОЛОГОВ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ В СЕБЯ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ.....	72
Чаунанс А.В.	
ВИВЧЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИМИ ВАДАМИ.....	73
Чаунанс Г.В.	
ПРОТОКОЛ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ УШКОДЖЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ.....	74
Чугунов В.В., Семенов Д.М.	
PROBLEM-BASED LEARNING AS PEDAGOGICAL STRATEGY TO INCREASE MEDICAL STUDENTS' MOTIVATION TO WORK INDEPENDTLY.....	76
Yu. Burega, I. Maslova.	
PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT THE POSSIBLE PREVENTIVE MEASURES OF APPEARANCE OF FLUOROQUINOLONES-INDUCED CHANGES IN THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT STRUCTURES.....	77
Yu. Burega, I. Maslova, I. Burega.	

Абрамов А.В., Ганчев К.С.

ПОСТЕКСТРАКЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ: ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ ТА ТЕРМІНУ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЇ

Запорізький державний медичний університет

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) являє собою стоматологічну проблему, оскільки впливає на стан зубощелепної системи. У хворих на ЦД 2 типу відзначається 100% потреба в стоматологічній допомозі. Видалення зуба у хворого на ЦД може спровокувати запальний процес в порожнині рота й сама процедура не рідко викликає декомпенсацію основного захворювання. Клінічні аспекти цієї проблеми обумовлені достатньою частотою постекстракційних ускладнень і розвитком гнійно-запальних процесів серед хворих на цукровий діабет.

Метою нашої роботи було в експерименті виявити основні групи постекстракційних ускладнень, встановити залежність їх виникнення від ступеня тяжкості цукрового діабету у щурів.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено на 50 щурах-самцях лінії Wistar, віком 9-10 місяців, поділених на дві експериментальні групи. Першу групу склали 20 здорових самців, яким видалили перший правий нижній моляр. Друга група була представлена 30 щурами-самцями зі стрептозотоциновим діабетом, яким на 21-й день перебігу патологічного процесу також проводили екстракцію перших правих нижніх молярів.

Аналіз постекстракційних ускладнень у тварин з ЦД дозволив нам розділити їх на дві групи: 1-ша група ускладнень пов'язана безпосередньо з патологією постекстракційної лунки, 2-га - з ускладненням перебігу основного захворювання цукрового діабету. Відповідно до цієї класифікації ми розглянули виявлені ускладнення, встановили залежність їх розвитку від ступеня тяжкості ЦД.

Висновки. Постекстракційні ускладнення залежать від ступеня важкості цукрового діабету. Як ранні, так і пізні ускладнення, пов'язані з альвеолярною раною частіше розвиваються при важкому ЦД, характеризуються тяжким перебігом та високою варіабельністю ускладнень (альвеоліт, остеомієліт, абсцес). Ускладнення перебігу основного захворювання і прогресування симптоматики ЦД відзначаються при важкому його перебігу, що супроводжується прогресивним зниженням ваги щурів і підвищенням рівня глікемії.

Виразність ацидозу, підвищення концентрацій креатиніну і сечовини, виявлені нами у щурів з ЕЦД, що не залежать від ступеня важкості патологічного процесу, але при цьому вносять свій внесок в погіршення стану тварини.

Баранник Н.Г, Мосейко А.А., Манухина О.Н., Сидоряко А.В.,
Варжапетян С.Д., Мамочкина И.Д.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра хирургической и терапевтической стоматологии

ГЗ «ЗМАПО МЗ Украины».

Проблема профилактики и лечения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и в настоящее время остается чрезвычайно актуальной. Широкое применение антибиотиков привело к изменению видового состава и свойств микрофлоры, а это в свою очередь, к снижению эффективности антибиотикотерапии. Невзирая на применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия и усовершенствование методик оперативных вмешательств, частота инфекционных осложнений в хирургии остается высокой и составляет от 3 до 15%. По результатам эпидемиологических исследований доля послеоперационной раневой инфекции достигает 15-25 %, а в 75 % является причиной летальных исходов [Тимофеев А.А.]. У 80 - 95 % больных абсцессы и флегмоны лица и шеи развиваются вследствие одонтогенной инфекции. Наиболее часто в качестве возбудителя выделяют резидентную смешанную микрофлору, среди которых преобладают различные виды стафилококков или стрептококков в симбиозе с другими видами кокков, а также кишечной и другими палочками в том числе золотистый стафилококк. Существует прямая зависимость между увеличением видового состава микробной обсемененности, вирулентности микроорганизмов и повышением концентрации антигенного воздействия и усилением тяжести и распространенности воспалительного процесса. Отмечено так-же ассоциативное участие аэробных и анаэробных бактерий в соотношении 25 - 30 % к 70 - 75 %. В развитии и лечении гнойно-воспалительных процессов важную роль отводится и состоянию иммунной системы организма.

Цель исследования:

Повышение эффективности диагностики и лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области путем разработки алгоритма пред- и послеоперационных мероприятий по предупреждению осложнений.

Задачи исследования

1. Изучить видовой состав микрофлоры при воспалительных процессах челюстно-лицевой области.
2. Провести мониторинг чувствительности выделенных микроорганизмов к действию антимикробных препаратов.
3. Изучить иммунологическую резистентность организма больных путем определения уровня провоспалительных (IL1 β , IL-6, IL-8, ФНО) и противовоспалительного (IL-4) интерлейкинов.

4. Оценить клиническую эффективность применения иммуномодулятора на основе очищенного экстракта тимуса при лечении воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследования:

Изучены 518 историй болезни пациентов с тяжелыми разлитыми флегмонами челюстно-лицевой области, захватывающими несколько клетчаточных пространств. Флегмоны вскрывали на базе челюстно-лицевого отделения ГКБЭ и СМП г. Запорожья в течение 2013-2016 гг. Во всех случаях был произведен забор материала для микробиологического исследования из раневой поверхности. Для определения чувствительности выделенных микроорганизмов к антимикробным препаратам использовали метод диффузии в агар за Kigby - Вауег (метод дисков). Изучение иммунного статуса проводили путем определения уровня сывороточных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО в периферической крови при госпитализации и по окончании лечения с использованием коммерческих тест-систем Вектор-Бест методом иммуноферментного анализа на аппарате «Сапрайз» Австрия.

В челюстно-лицевом отделении осуществляли постоянный контроль за обоснованностью использования антибиотиков в соответствии с мониторингом чувствительности микрофлоры к выделенным антибиотикам. После вскрытия флегмоны раневую поверхность орошали растворами антисептиков (диоксидин, хлоргексидин, раствором натрия гипохлорита). Рану дренировали. В зависимости от распространенности гнойно-воспалительного очага дренирование производили :

- с помощью ленточных дренажей из перчаточной резины;
- с помощью углеродных адсорбентов, вводимых в рану в виде гранул, ваты, плетеных изделий из углеродного волокна;
- путем диализа раны;
- прерывистой или постоянной аспирацией экссудата из раны с помощью электроотсоса, обеспечивающего создание постоянного вакуума в системе “рана – дренаж”.

Для коррекции показателей иммунного статуса использовали иммуномодулирующий препарат, содержащий сухой очищенный экстракт тимуса (вилочковой железы), который вводили ежедневно в/м по 20 мг в течение 5 - 10 суток. Показаниями для его применения являлось отсутствие ожидаемого эффекта от проводимой антибактериальной терапии и низкий уровень иммунного ответа организма больного на возникшее инфекционно-воспалительное заболевание.

Результаты исследования и их обсуждение.

Наиболее часто при гнойно-воспалительных процессах в раневом отделении выделяли *Staphylococcus epidermidis*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*.

Ни один из тестируемых антибиотиков не проявлял активность в отношении всего спектра выделенных микроорганизмов, что диктовало необходимость коррекции назначений по результатам микробиологического исследования. У больных с гнойно-воспалительными процессами, в результате целенаправленного назначения антибактериальных препаратов, раны быстрее очищались от некротических масс, а сроки лечения в стационаре сократились на 2-3 суток. Смертность, после вскрытия разлитых гнойно-некротических флегмон, осложненных медиастенитами, уменьшилась в два раза по сравнению с предыдущими годами.

Уровень провоспалительных (IL -6, IL- 8, ФНО) и противовоспалительных (IL1 β , IL -4) интерлейкинов до и после лечения с использованием иммуномодулирующего препарата, содержащего сухой очищенный экстракт тимуса (вилочковой железы), представлен в таблице 1.

Уровни провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов до и после лечения

Табл. 1

Цитокины пг\мл	Разлитые флегмоны челюстно-лицевой области		Контрольная группа M \pm m, n=30
	До лечения M \pm m, n=40	После лечения M \pm m, n=40	
Ил-6	63,29 \pm 13,25	19,11 \pm 2,19	3,16 \pm 0,22
Ил-8	68,48 \pm 0,02	21,52 \pm 4,09	4,34 \pm 0,49
ФНО	2,8 \pm 0,62	1,39 \pm 0,37	0,20 \pm 0,06
IL1 β ,	2,14 \pm 0,11	3,78 \pm 0,17	0,12 \pm 0,09
IL -4	0,93 \pm 0,02	3,24 \pm 0,14	0,42 \pm 0,26

В первый день поступления до оперативного лечения уровень провоспалительных интерлейкинов (IL -6, IL- 8, ФНО) достоверно превышал показатели в контрольной группе Следовательно, иммунный ответ организма был недостаточным для предотвращения одонтогенных осложнений. После проведенного лечения значения этих показателей уменьшались в 2,5 раза по сравнению с показателями первого дня. Следовательно, иммунный ответ организма был недостаточным для предотвращения одонтогенных осложнений.

Противовоспалительные интерлейкины (IL1 β , IL -4) в первый день поступления незначительно превышали показатели контрольной IL -4 группы, в то время как после лечения их значения значительно увеличились, что свидетельствует об эффективности комплексного лечения с использованием иммуномодулятора и подтверждает повышение иммунной реактивности организма.

Выводы:

1. Содержание провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО) у пациентов с флегмонами разной степени тяжести, в острый период было достоверно повышено по сравнению с контрольной группой и снижалось после проведенного комплексного лечения с использованием иммуномодулятора, а степень их снижения коррелировала со степенью тяжести гнойно-воспалительного процесса.

2. Уровень противовоспалительных цитокинов (IL1 β , IL -4) был незначительно увеличен при поступлении и достоверно возрастал в процессе лечения, что свидетельствовало об активизации защитных сил организма.

3. Ни один из тестируемых антибиотиков не проявлял активность в отношении всего спектра выделенных микроорганизмов, что диктовало необходимость коррекции назначений по результатам микробиологического исследования в сочетании с назначением иммуномодулирующего препарата, содержащего сухой очищенный экстракт тимуса (вилочковой железы).

Баранник Н.Г.¹, Мосейко А.А.¹, Егоров А.Н.², Семенов Д.М.².

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

¹Кафедра хирургической и терапевтической стоматологии

ГЗ «ЗМАПО МЗ Украины».

²Кафедра пропедевтической и хирургической стоматологии ЗГМУ

Больные с переломом скулоорбитального комплекса составляют значительную часть больных с травмами (до 20%), обращающихся за помощью к челюстно-лицевому хирургу. Среди обратившихся по поводу травмы эти больные уступают лишь больным с переломом нижней челюсти. Лечение переломов скулоорбитального комплекса посвящено большое количество работ. Предложены различные способы репозиции скуловой кости, описаны различные способы остеосинтеза скуловой кости и варианты вмешательства на нижней стенке орбиты. Однако эффективность лечения больных определяется не столько способностью выполнить сложное оперативное вмешательство, сколько умением хирурга определить показания к тому или иному вмешательству. В настоящее время для показаний в целесообразности и сложности оперативного лечения служит компьютерно томографическое (КТ) исследование, результаты заключений смежных специалистов (окулиста, невропатолога и отоларинголога). Поэтому значительная часть нашей работы посвящена выбору тактики лечения больных с переломом скулоорбитального комплекса.

Цель работы: повышение эффективности диагностики и лечения переломов костей скулоорбитального комплекса путем улучшения качества предоперационного обследования и тактики оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования: изучены 154 истории болезни пациентов с переломами костей скулоорбитального комплекса, на базе челюстно-лицевого отделения ГКБЭ и СМП г. Запорожья в течение 2013- 2016 годы.

При изучении историй болезни анализировали полноту обследования больных: рентгенологическое, КТ исследование, консультации окулиста, невропатолога и отоларинголога. Проведен анализ оказания специализированной медицинской помощи и окончательной реабилитации больных.

В процессе анализа выявлено, что за 2013-14 годы больные недостаточно были обследованы: в 40 % не консультированы невропатологом, в 60 % - окулистом, в 100 % больные обследованы только рентгенологически и только в 20 % делали КТ исследование.

За 2015 – 2016 годы кардинально поменялась ситуация: в 70 % больные консультированы невропатологом, в 90 % - окулистом, в 100 % больные обследованы рентгенологически и в 90 % делали КТ исследование.

За последние годы в результате улучшению качества обследования больных поменялась и тактика лечения переломов скулоорбитального комплекса.

За 2013-14 годы произведены 67 (90%) операций по репозиции скуловых костей с использованием крючков Лимберга в случае 2-м пациентам (1%) произведена репозиция используя титановые мини пластины без формирования нижней стенки глазницы.

В течении 2015 – 2016г.г. прооперировано 83 пациента. У которых произведена репозиция скуловой кости крючком Лимберга, среди у которых 15(18%) на предварительно проведенной КТ исследовании не диагностировано повреждений нижней стенки орбиты. При многооскольчатых переломах с повреждением нижней стенки орбиты произведен остеосинтез мини пластинами 68 (81%). Из них в 8-и случаях, где было значительное повреждение нижней стенки орбиты, и диагностирована стойкая диплопия, выполнена пластика нижней стенки орбиты с поднятием глазного яблока с помощью специальной мини пластины фирмы «Trinon» Германия. Результаты оперативных вмешательств: анатомическая форма восстановлена, диплопия глаз устранена. Оценка результатов оперативного вмешательства пациентами признана положительная.

Выводы

1. Всестороннее обследование больных с смежными специалистами, использование КТ диагностики дала возможность челюстно-лицевым хирургам более дифференцировано определять показания к выбору вида оперативного вмешательства.

2. Применяемые новые виды оперативных вмешательств челюстно-лицевом отделении, подняли оказание специализированной помощи при травме скулоорбитального комплекса на более высокую ступень.

Возний О.В.¹, Возна І.В.¹, Бригадир О.С.², Кожанова Е.М.³.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ВИГОТОВЛЕННЯ ЗУБНОГО ПРОТЕЗУ

¹*Запорізький державний медичний університет, кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології м. Запоріжжя*

²*Комунальна установа «Міська стоматологічна поліклініка №2», м. Запоріжжя*

³*Приватне акціонерне товариство «Бердянська міська стоматологічна поліклініка» м. Бердянськ*

Технологічна революція в діагностичному та лікувальному процесах ортопедичного лікування, а так само в технології виготовлення зубних протезів привели до появи нового типу лікаря стоматолога-ортопеда та зубного техника - фахівця який прагне до освоєння нових технологій, освоєння різних розділів спеціальності, високо оцінює свою працю і якість роботи, який хоче досягти високого іміджу фахівця, постійно навчається і вдосконалюється, що займається громадською діяльністю, добре знайомого з економікою стоматології, основами бізнесу, маркетингу, реклами та психології.

Визначення відповідності зліпків технічним вимогам - це має бути першим етапом контролю якості виготовлення ортопедичної конструкції. Основним методом контролю є візуальний огляд. За результатами експертизи зубний технік або старший зубний технік оцінює роботу лікаря стоматолога-ортопеда за чотирьох бальною системою і робить відповідну відмітку з підписом в карті експертизи якості.

1. Зліпки відповідають технічним вимогам.

2. Не значні зауваження за технічними вимогами до відбитку, які принципово не вплинуть на якість виготовлення протеза.

3. Істотні зауваження за технічними вимогами до відбитку, які можуть вплинути на якість виготовляється протеза.

4. Відбиток не відповідає технічним вимогам. Необхідно повторне отримання відбитків.

Це має сенс тому, що нами, при глибокому аналізі нарікань пацієнтів на виготовлені зубні протези, було визначено, що певна частина 20,0% причин невдач припадає на неправильно знятий відбиток.

Другий етап контролю якості - робота зубного техника на лабораторних етапах виготовлення протеза. Даний етап оцінюється лікарем стоматологом-ортопедом за чотирьох бальною системою, про що робиться відповідна відмітка та підпис лікаря в карті експертизи якості.

1. Лабораторні етапи виготовлення протеза виконані зубним техником без зауважень лікаря.

2. На етапах примірки виявлені незначні похибки і не точності виготовлення, які усуваються доопрацюванням, не вимагають додаткового

клініко-лабораторного етапу і принципово не позначаються на якості протеза.

3. На етапах примірки виявлені значні похибки та не точності виготовлення, які принципово впливають на якість виготовленого протеза і вимагають проведення додаткового клініко-лабораторного етапу для їх усунення.

4. На етапі примірки виявлена необхідність переробки з повторним проведенням попередніх клініко-лабораторних етапів виготовлення протеза.

Ми засмучені тим фактом, що значна кількість 25,0% похибок при виготовленні зубного протеза припадає на лабораторні етапи.

На нашу думку, цей розділ експертизи дуже важливий для мотивації зубного техника на якісне виготовлення протеза.

Третій етап контролю якості - відповідність протеза загальним технічним вимогам. Після завершення клініко-лабораторних етапів виготовлення протеза лікар стоматолог-ортопед оцінює кінцевий результат роботи зубного техника, перевіряючи відповідність виготовленого протезу загальним технічним вимогам, орієнтуючись на «Загальні технічні вимоги до різних видів зубних протезів».

В якості методу контролю використовують візуальний огляд протезу. У спірних випадках для проведення експертизи залучаються завідувач відділенням і старший зубний техник. За результатами експертизи лікар стоматолог-ортопед робить позначку з підписом в карті експертизи якості, оцінюючи роботу зубного техника з чотирьох бальною системою.

1. Протез відповідає технічним вимогам, що пред'являються до даного виду зубного протеза.

2. У лікаря є незначні зауваження, які принципово не впливають на якість виготовленого протеза і на прогноз довговічності його функціонування.

3. У лікаря є істотні зауваження щодо виготовленого протеза, які зменшують прогноз довговічності його функціонування, знижують естетичні та функціональні властивості.

4. Протез виготовлений незадовільно і не відповідає технічним вимогам, що пред'являються до даного виду зубного протеза. Необхідна переробка протеза з повторенням всіх клініко-лабораторних етапів.

Наспорадував той факт, що значна кількість 92,0% стоматологів-ортопедів мають відповідальне ставлення до якості виготовлення протезів.

Таким чином, впровадження та забезпечення функціонування системи оцінки якості виготовлення зубних протезів впливає на якість наданої медичної допомоги.

Система оцінки якості виготовлення зубних протезів повинна складати три етапи. На першому етапі контролю якості оцінюється якість відбитків, на другому – якість лабораторних етапів виготовлення протеза, на третьому - відповідність протеза загальним технічним вимогам.

Возний О.В¹., Возна І.В¹., Бригадир О.С²., Нікуліна Т.П³.

ОЦІНКА ЯКОСТІ РОБОТИ ЛІКАРЯ СТОМАТОЛОГА ОРТОПЕДА

¹ *Запорізький державний медичний університет, кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології*

² *КУ «Міська стоматологічна поліклініка №2», м. Запоріжжя*

³ *КУ «Мелітопольська міська стоматологічна поліклініка» ММР ЗО*

За останні роки в нашій країні відбулися істотні соціально-економічні перетворення в суспільстві і охороні здоров'я, сутність яких адаптація до нових економічних умов. Вибір плану стоматологічного ортопедичного лікування, дотримання, а так само відповідність результатів роботи професійним стандартам, впливають на якість наданої медичної допомоги. Якість роботи лікаря стоматолога-ортопеда відображають ступінь адекватності обраного плану стоматологічного ортопедичного лікування і дотримання професійних стандартів на клініко-лабораторних етапах виготовлення зубних протезів.

Перший етап контролю якості роботи стоматолога - заповнення медичної документації.

Аналізуючи стан заповнення медичної документації стоматологами ортопедами м. Запоріжжя ми відмітили, що значна частина лікарів заповнюють документацію не в повному обсязі 65%. Були випадки коли така документація була повністю відсутня 10%. Лише 25% спеціалістів дотримуються вимог ведення медичної документації. Тому ми вважаємо, що в кінці місяця лікар стоматолог-ортопед разом зі звітом здає завідувачу відділенням заповнені медичні карти стоматологічного хворого - форма № 043/о, за фактом закінчення ортопедичного лікування. Завідувач відділенням проводить експертизу якості заповнення медичної документації та за її результатами робить позначку в карті експертизи якості, за чотирьохбальною системою:

1. Медична документація на данного пацієнта оформлена без зауважень.

2. Є незначні зауваження щодо оформлення, але в цілому медична карта стоматологічного хворого дає повну інформацію про пацієнта і роботі лікарястоматолога-ортопеда з ним.

3. Є серйозні зауваження щодо оформлення медичної документації на данного пацієнта. Відсутні записи про результати дослідження необхідних при даній нозологічній формі або про проведення лікувальних заходів, їх результати, динаміки перебігу захворювання. Діагноз, вказаний в медичній карті стоматологічного хворого, не відповідає результатам об'єктивного і додаткових досліджень або навпаки.

4. Не задовільне ведення медичної документації, її відсутність.

Другий етап контролю якості - адекватність обраного плану ортопедичного стоматологічного лікування.

Ретельний аналіз результатів заповнення медичної документації показав, що значна кількість спеціалістів 85% адекватно проводить підготовку порожнини рота до протезування та подальше ортопедичне лікування. Незначна частка лікарів 15%, які не в повній мірі використовують додаткові методи дослідження для вибору плану ортопедичного лікування. Радує те, що жодний лікар не помилився з вибором плану лікування.

Тому не має сумніву, що завідувач відділення, після ознайомлення з медичною карткою кожного пацієнта, оцінює адекватність обраного лікарем плану ортопедичного стоматологічного лікування відповідно до діагнозу, орієнтуючись на «Загальні вимоги до вибору плану стоматологічного ортопедичного лікування».

За результатами експертизи, заведуючий відділенням оцінює даний етап за чотирьох бальною системою і робить відповідний запис в карті експертизи якості:

1. Обраний план стоматологічного ортопедичного лікування адекватний поставленому діагнозу.

2. Не значні зауваження до плану обраного ортопедичного лікування принципово не впливають на результат лікування.

3. Принципові зауваження щодо вибору плану ортопедичного лікування, які можуть вплинути на результат лікування. (Не проведені необхідні діагностичні дослідження, показані при даній нозологічній формі, не проведена попередня за показаннями терапевтична, хірургічна, ортодонтична підготовка, не раціональний вибір конструкції протеза; порушення клініко-лабораторних етапів виготовлення протезів).

4. Схема ортопедичного лікування не адекватна зазначеній в діагнозі нозологічній формі. Прогноз результатів даного ортопедичного лікування несприятливий.

Таким чином, експертиза якості першого рівня повинна функціонувати безперервно, що дозволяє оперативно отримувати необхідну для управління інформацію. Оцінка якості повинна, бути максимально об'єктивною, інакше її проведення стає безглуздою, постільки не дає необхідної інформації про наявні недоліки і резерви для їх усунення.

Гавриленко М.А.

ПРИНЦИП СПІВПРАЦІ АСОЦІАЦІЇ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ З СТОМАТОЛОГІЧНИМИ КАФЕДРАМИ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ

*Запорізький державний медичний університет,
кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології*

zpstomat@ukr.net

Основним завданням стоматологічної асоціації, окрім захисту інтересів її членів, є активний вплив на розвиток напрямку профілактики стоматологічних захворювань.

Оскільки, профілактика стоматологічних захворювань включає в себе санітарно-просвітницьку роботу, цей напрямок потребує великої кількості учасників. Роз'яснення причин виникнення карієсу зубів та захворювань тканин пародонту доцільно проводити в організованих колективах: навчальних закладах, дитячих садках. Вона потребує використання сучасних мультимедійних засобів, стоматологічних презентацій, відеоматеріалів, підсумкового контролю профілактичних лекцій.

Через обмежену кількість лікарів-стоматологів, які можуть приймати участь в профілактичних програмах, назріла необхідність відпрацювання чіткої політики співпраці між стоматологічною асоціацією та стоматологічними факультетами медичних вузів.

Для медичних вузів ці заходи надають чудову можливість набуття навиків у майбутніх лікарів комунікації з пацієнтами, розуміння складання та проведення санітарно-просвітницької роботи, вивчення курсу профілактики стоматологічних захворювань.

У зв'язку з актуальністю профілактики стоматологічних захворювань, це питання було обговорено на правлінні Асоціації стоматологів Запорізької області. Було вирішено звернутися до ректора Запорізького державного медичного університету з проханням провести спільно з асоціацією курс профілактичних лекцій серед навчальних закладів міста, з залученням лікарів-інтернів I та II року навчання.

Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології сумісно із головним позаштатним дитячим стоматологом Запорізької області розробила лекційний курс з профілактики для дітей. Було залучено лікарів-інтернів до проведення санітарно-просвітницької роботи, яку вдалось провести в короткі терміни, в повному обсязі з планом.

На нашу думку, співпраця між асоціацією стоматологів та профільними кафедрами медичних вузів дає можливість вирішити питання розповсюдження знань з теми «Профілактика стоматологічних захворювань». Дана співпраця підніме авторитет стоматології, дасть можливість вирішити нагальні питання, які стоять перед стоматологічною спільнотою, та стане об'єднуючим фактором для стоматологів, з урахуванням взаємних інтересів.

Гармаш О.В

РЕТРОСПЕКТИВНО-СТАТИСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОРІЗУВАННЯ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ ІЗ МАКРОСОМІЄЮ

*Харківський національний медичний університет,
Кафедра терапевтичної стоматології, Україна*

Актуальність. Існує значна кількість публікацій із відомостями про збільшення кількості дітей народжених із великою масою тіла до гестаційного віку (макросомія плоду). Відомості про терміни прорізування тимчасових зубів у даної групи дітей є підґрунтям для розробки програм профілактики порушень краніо-фаціального комплексу.

Метою даного дослідження є вивчення впливу надмірної маси тіла при народженні (макросомія) на процес прорізування зубів протягом першого року життя у дітей харківській популяції (м.Харків, Україна), а саме, визначення кореляції між статусом дитини при народженні (макросом або нормосом) і термінами прорізування тимчасових зубів (раннє, пізнє або своєчасне), які відображаються на кількості зубів дитини у віці один рік.

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз статистичних даних про терміни прорізування тимчасових зубів по історіях розвитку дітей 1-ого відділення комунального закладу охорони здоров'я «Харківська міська дитяча поліклініка № 23», Київського району м. Харків, Україна, за 13 років в період з 2001 по 2013 рр. Основну групу склали записи з медичної документації дітей народжених в строк із макросомією. Група порівняння складається з медичної документації дітей, також народжених в строк, але з масо-ростовими параметрами, які вважаються нормальними для гестаційного віку (нормосомія). Для визначення середніх термінів прорізування першого зуба, а також середньої швидкості росту зубів для кожної з досліджуваних груп використовується гіпотеза про те, що після початку прорізування число зубів, що прорізувалися лінійно залежить від віку дитини. Обробка статистичних даних і перевірка спроможності гіпотези виконані з використанням програмного пакету STATISTICA 6.0 (модуль "множинна регресія").

Результати та їх обговорення. Встановлено, що у дітей-макросомів спостерігається більший розкид в кількості тимчасових зубів, що прорізувалися до певного віку.

Різниця між темпами росту зубів у хлопчиків і дівчаток, як в групі макросомів, так і у групі нормосомів, незначна. Діти, народжені з макросомією, у середньому мають більш низьку швидкість росту зубів (приблизно на 1 зуб на

рік) у порівнянні з дітьми відповідної статі, але з нормальними масо-ростовими параметрами при народженні. Це може пояснюватися так званим «зростом униз», який відбувається у дітей –макросомів протягом 18 місяців після народження . (Aceto TJ, Dempsher DP, Garibaldi L. et al. 2001).

Висновки. Встановлено, що розвиток зубощелепної системи у дітей із макросомією при народженні істотно відрізняється від її стану у дітей, які мали нормальні масо-ростові параметри при народженні.

Перспективи подальших досліджень – підтвердження одержаних відомостей на більшому статистичному та клінічному матеріалі.

Герасимчук П.Г., Коваленко Н.А.

ПОЛУЧЕНИЕ ОТТИСКОВ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ И СОПУТСТВЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия министерства здравоохранения Украины», кафедра ортопедической стоматологии

Актуальность. На сегодняшний день еще не решены проблемы, возникающие при протезировании пациентов полными съёмными протезами при полной потере зубов. 42% населения Украины нуждается в изготовлении съёмных протезов. По данным ВОЗ до 26% пациентов, которым были изготовлены полные съёмные протезы не могут ими пользоваться из – за их неудовлетворительной фиксации и стабилизации[1]. Одной из основных причин неудовлетворительной фиксации и стабилизации является выраженная атрофия беззубых альвеолярных отростков челюстей. Проявление общесоматических заболеваний необходимо учитывать врачу стоматологу – ортопеду при работе с такими пациентами [2,3,4].

Анализ многолетней консультативной работы на кафедре свидетельствует, что на фиксацию и стабилизацию полных съёмных протезов влияют общесоматические заболевания в симптоматике которых есть отеки слизистой полости рта и в частности пртезного ложа, меняющиеся в зависимости от стадии болезни. Такие проявления наблюдаются при сердечно–сосудистых, эндокринных, нефрологических заболеваниях. Необходимо отметить, что иногда врачи стоматологи – ортопеды не уделяют должного внимания сопутствующим заболеваниям пациентов с беззубыми челюстями. А это в свою очередь приводит к увеличению процента осложнений в виде неудовлетворительной фиксации и стабилизации протезов, дополнительных корекциях и даже поломок [5]. Рациональное протезирование и полная функциональная ценность съёмных протезов остаются и сейчас актуальной задачей в ортопедической стоматологии.

Цель работы. Целью нашего исследования явилось усовершенствование технологии получения оттисков при изготовлении полных съемных протезов пациентам, имеющим некоторые сопутствующие соматические заболевания.

Объекты и методы исследования. Нами было проконсультировано 37 пациентов с жалобами на неудовлетворительную фиксацию и стабилизацию полных съемных протезов. У 12% пациентов (32%) были только сердечно – сосудистые, эндокринные и нефрологические заболевания, а у других 25 человек (68%) – сочетанные, с преобладанием одного из них. Исследования проводили в состоянии ремиссии сопутствующего заболевания после консультации у соответствующего специалиста. Мы использовали разработанный опросник, в котором пациент в течении 7 – 10 дней почасово отмечал субъективные ощущения по степени фиксации и стабилизации протеза, наличия давления его на мягкие ткани и время неудовлетворительной фиксации или стабилизации. После обработки полученных результатов и оценки изменяющегося состояния мягких тканей протезного ложа, мы определили временной интервал, когда отсутствовали симптомы сдавливания под протезом и как он удерживался по часам. При этом определили время с которого протез начинал спадать или ухудшалась фиксация или стабилизация. Мы рассчитали время с наилучшей фиксацией и стабилизацией протеза в на протезном ложе. При изготовлении новых протезов для снятия анатомических и функциональных оттисков назначали пациентов на время равноудаленное от симптома сдавливания под протезом и его нефиксации.

Результаты. После проведенного обследования, анкетирования и протезирования с учетом оптимального времени снятия анатомического и функционального оттисков мы получили такие результаты. Из 37 пациентов оптимальной фиксации и стабилизации мы достигли у 29 человек (78%). Остальным пациентам для улучшения фиксации приходилось использовать фиксирующие кремы или устанавливать имплантанты. Следует обратить внимание врачей стоматологов – ортопедов, что применение описанной методики оправдано при умеренной степени атрофии. При сильно выраженной атрофии улучшение фиксации полных съемных протезов пациенты не отмечали.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать нам следующие выводы:

1. Изготовление полных съемных протезов пациентам с сердечно – сосудистыми, эндокринными и нефрологическими заболеваниями следует проводить в состоянии ремиссии сопутствующего заболевания.
2. Снятие анатомических и функциональных оттисков необходимо проводить в оптимальные время суток.
3. Для определения оптимального времени суток необходимо учитывать результаты опросников, анкет и дополнительную оценку состояния мягких тканей протезного ложа.

Литература.

1. Свирин Б.В. Получение функционального слепка с верхней и нижней челюстей после полной утраты зубов, обусловленной заболеваниями пародонта //Зубной техник. – 2003. - №6. – с.18.
2. Соколов У.И. Повреждение миокарда и состояние при сахарном диабете // Терапевт. арх. – 2001. – Т.73. №12, С. 9 – 13.
3. Строигин Л.Г. Особенности хронической сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом 2– го типа / Л.Г.Строигин, И.Г.Починка. // Кардиология. – 2005. – Т.45, №2. – С.33 – 35.
4. Палеев Н.Р. Сахарный диабет и сердце / Н.Р.Палеев, А.П.Калинин, С.Р.Шравян // Клин. Медицина. – 2005. – Т.83, №8, - С.37 – 42.
5. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико – социальные аспекты: 2 – е изд., перераб и доп. /В.Н.Копейкин, М.З.Миргазизов, А.Ю.Малій. – М.: 2002. – 240с.

Григоров С.Н., Стеблянко А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА НА РАСТИТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

stebstomatolog@gmail.com

В последние годы при лечении острых гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, наряду со вскрытием гнойного очага, большое внимание отводится применению антибактериальной и десенсибилизирующей терапии, а также качеству дренирования. Перспективным на сегодняшний день является использование препаратов из растительного сырья.

Комбинированный отечественный фитопрепарат «Стоматоклин» (ГНЦЛС, Украина) используется в стоматологии как профилактическое и вспомогательное средств комплексном лечении воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, он обладает противовоспалительным антисептическим, кровоостанавливающим, болеутоляющим, ранозаживляющим действием.

Эффективность лечения острого гнойного одонтогенного периостита (ОГОП) челюстей с использованием при дренировании раны фитопрепаратов, по данным литературы, мало изучено, что определяет актуальность работы.

Цель работы: на основании клинико-лабораторных методов исследования изучить эффективность комбинированного фитопрепарата «Стоматоклин» (ГНЦЛС, Украина) в комплексном лечении острого гнойного одонтогенного периостита.

Материал и методы исследования. В лабораторных условиях нами была изучена антибактериальная активность (АА) фитопрепарата «Стоматоклин» в отношении эталонных штаммов. Полученные результаты исследования регистрировали путём идентификации зоны отсутствия роста микроорганизма тест - штамма в месте нанесения препарата.

Лабораторная часть исследования выполнена на кафедре клинической иммунологии и микробиологии Харьковской медицинской академии последиplomного образования.

Нами обследованы 32 пациента (19 мужчин и 13 женщин) с ОГОП верхней и нижней челюстей. Согласие пациентов на исследования получены.

Всем пациентам проводили общую базовую медикаментозную терапию и оперативное лечение по стандартной методике в соответствии с протоколом оказания медицинской помощи.

Пациенты были разделены на две рандомизированные по полу и возрасту группы. В I группу включены 15 пациентов, которым местное лечение ОГОП проводилось традиционным методом. Во II группу вошли 17 пациентов, которым наряду с традиционным лечением в постоперационную рану после периостотомии вносили на тампоне фитопрепарат «Стоматоклин».

Клиническая часть исследования выполнена на базе Харьковской областной клинической больницы.

Результаты исследования: Результаты проведенных лабораторных исследований показали выраженную АА препарата «Стоматоклин» к изучаемым микробным штаммам.

Результаты клинических исследований выявили, что у пациентов I-ой группы на 2-е сутки со дня оперативного лечения воспалительные явления (гиперемия, отек, местное повышение температуры, болевые ощущения) определялись у 13 (86,6%) пациентов, а во II-й группе - у 11 (64,7%) пациентов. На 3-и сутки у пациентов I-ой группы воспалительные явления определялись у 8 лиц (53,3%), а во 2-й группе - у 5 пациентов (29,4 %).

Выводы: Таким образом, отечественный фитопрепарат «Стоматоклин», антимикробная активность которого подтверждена лабораторными исследованиями, является препаратом выбора для местного лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний полости рта.

Карнаух М. Н., Косинская А.Г., Мамочкина И.Д.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАКРЫТЫХ ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра хирургической и протезно-стоматологической стоматологии.*

marinaduvalceva@yamdex.ru

Актуальность: Будущее нации всецело зависит от состояния здоровья детей. Только здоровый человек может быть свободным, радостным и счастливым.

Цель работы. Убедиться в целесообразности проведения занятий профилактики стоматологических заболеваний в детском доме ребенка „Солнышко“. Проанализировать, как наше пребывание в детском коллективе способствует созданию определенного микроклимата.

Материалы и методы: Исследование мы проводили в детском доме «Солнышко» города Запорожья, где проходят занятия у студентов второго и третьего курсов ЗГМУ. Свою научную работу провели с группой, которая состоит из 18 человек (восемь девочек и десять мальчиков) в возрасте от 4 до 7 лет. Нами было предложено изобразить студентов(с которыми на протяжении цикла дети имеют возможность общаться) и свой зубик.

Обсуждение результатов: Дети с удовольствием приняли участие в нашем исследовании. Проанализировав полученные рисунки, мы с помощью детского психолога определили: устанавливая продуктивные отношения студентов с детским коллективом помогают такие особенности поведения, как: уверенность в себе, заслуживающая доверия объективность, ненапряженный и необоронительный межличностный стиль общения, чувство юмора. Эти особенности поведения создают доверительные отношения. Подозрительность, внушаемость, превосходство, отчужденность или преувеличенная жалость уменьшают взаимопонимание.

Анализируем рисунки:

1. В категории рисунков, отображающих отношения студента стоматолога и ребенка детского дома, преобладает исключительно положительное отношение детей к студентам. Это отображено во всех рисунках использованием желтого, зеленого, иногда синего цветов, ассоциативно интерпретируемых, как радость, уверенность в себе, веселье, волевые усилия и повышение энергии у детей. В содержательном аспекте, в этих рисунках отображено стремление детей контактировать со студентами и получать от этого удовольствие: на всех рисунках фигуры студента и ребенка находятся рядом. Они улыбаются,

запускают в воздух воздушные шарики, иногда держатся за руки, окружены благоприятной природой в виде деревьев, цветов - это может быть интерпретировано, как положительное мировосприятие детьми окружающей среды.



2. В категории рисунков символизирующих отношение детей к профессии стоматолога (через рисование зуба) преобладает исключительно положительное отношение детей к данной профессии. Все зубы ассоциированы детьми с добрыми человечками, которые улыбаются и демонстрируют радость. В выборе цветов, которыми дети рисовали «зубы-человечки» жизнерадостная гамма зеленого, желтого, синего, красного. На одном из рисунков контуры «зубика-человечка» сделаны черным цветом, сама фигурка жизнерадостно улыбается. Это символизирует способность данного ребенка испытывать жизнерадостность, несмотря на иногда возможное угнетенное или тревожное состояние.



3. Рисунок с изображением медицинской машинки, может быть интерпретирован, как положительное отношение детей к профессии медицинского работника. На одном из рисунков была нарисована медицинская машина с преобладанием коричневого цвета. Это символизирует тревожность ребенка, психоэмоциональное напряжение. Выбор именно медицинской машины, как любимой игрушки, говорит о доверии ребенка к медицинскому работнику.



Выводы. Проведя наше исследование мы убедились:

1. В целесообразности проведения занятий в данном детском коллективе.
2. В необходимости проведения занятий профилактики стоматологических заболеваний с детскими коллективами в различных интересных форматах.
3. Наши профилактические мероприятия не только способствуют понижению развития стоматологических заболеваний, но и благоприятно влияют на микроклимат в детском коллективе и на психологический статус ребенка.
4. Формы проведения наших занятий способствуют формированию проф. ориентации ребят (некоторые дети в будущем видят себя стоматологами).

Карнаух М. Н¹., Погарский А.Ю²., Мамочкина И.Д.

ИЗУЧЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ ПАЦИЕНТАМИ К СОВРЕМЕННЫМ ОРТОДОНТИЧЕСКИМ СИСТЕМАМ

*¹Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра хирургической и протезной стоматологии,
²компания,, Стартлаб ".*

marinabuvalceva@yandex.ru

Актуальность. Большой выбор существующих вариантов ортодонтического лечения затрудняет пациентам возможность своевременно определиться с выбором.

Цели: 1. Определить степень осведомленности пациентов в вопросах выбора методов ортодонтического лечения в момент обращения к врачу.

2. Изучить мнение пациентов о преимуществах и недостатках существующих вариантов ортодонтического лечения.

Материалы и методы исследования. Для проведения нашего исследования была составлена анкета социального опроса, которая состояла из 12 вопросов. Все вопросы анкеты можно условно разделить на два блока. Первый блок вопросов позволил выяснить степень осведомленности пациентов в способах проведения ортодонтического лечения на момент обращения. Второй блок вопросов позволил изучить требования пациентов к ортодонтическим конструкциям. Нами было опрошено 125 жителей города Запорожья в возрасте от 18 до 55 лет. Среди них женщины составили 72%, мужчины – 28%. Все респонденты заполняли анкету добровольно и анонимно.

Результаты исследования. Результаты нашего исследования показали, что большинство - 58% опрошенных не определились с методом ортодонтического лечения. 12% опрошенных хорошо ознакомлены с вариантами ортодонтического лечения. 30% ознакомлены поверхностно.

Основное беспокойство у 45% опрошенных, ознакомленных поверхностно с ортодонтическими методами лечения, вызывают последствия использования несъемных ортодонтических конструкций.

85% опрошенных огорчают, предположительно, долгие сроки проведения ортодонтического лечения.

62 % анкетированных озабочены стоимостью предполагаемой конструкции.

92% респондентов желают использовать эстетичную конструкцию.

83% пациентов заботит гигиена полости рта при наличии несъемной конструкции во рту.

76% опрошенных хотели бы использовать съемную ортодонтическую конструкцию.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование показало, что на момент обращения большинство пациентов не определены с методом ортодонтического лечения. Основными требованиями к ортодонтическим системам являются:

- эстетичность;
- практичность использования;
- возможность поддержания гигиены полости рта на должном уровне;
- доступность;
- сокращение сроков проводимого ортодонтического лечения.

Карнаух М. Н¹., Погарский А.Ю²., Мамочкина И.Д.

МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ УДАЛЕННОЙ РАБОТЫ НАД ЦИФРОВЫМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЕКТАМИ

*¹Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра хирургической и протезной стоматологии,*

²компания „ Сартлаб “.

marinabuvalceva@yandex.ru

Актуальность. Цифровая стоматология развивается стремительно и повсеместно.

Цель исследования. Стремления прогрессивного стоматологического сообщества заключаются в желании уйти от использования оттисковых масс, гипса и воска. Современные методики способны заменить такие технологические процессы, как литье металла или полимеризация акриловых пластмасс под давлением. Базисы съемных протезов, высококачественные ортопедические конструкции, разборные высокоточные модели производятся при помощи 3D печати из доступных материалов. Цифровая стоматология позволила вести дистанционное сотрудничество докторов с производителями

стоматологических конструкций. Все эти процессы требуют качественной передачи, хранения и сортировки файлов.

Материалы и методы исследования. В работе над стоматологическими 3D проектами чаще всего используются файлы формата STL, JPG, PNG, а так же множество типов файлов, которые генерируют специализированные 3D программы. Большинство 3D файлов имеют большой размер и их целесообразнее транспортировать через существующую электронную почту. Данные ресурсы автоматически удаляются через небольшой промежуток времени и неудобны для динамического онлайн обсуждения проекта. Для ведения динамических обсуждений работы используются онлайн мессенджеры, но они не дают возможности передавать файлы и фотографии в большом разрешении, необходимые для планирования. Для хранения файлов можно использовать удаленные хранилища (облака). Они дают возможность использовать файлы на нескольких устройствах и создавать историю их изменения, но все же этот процесс является статическим и не дает возможность оперативно получать информацию о каких-либо изменениях всем участникам, работающим над одним проектом. Уведомления о изменениях, добавлениях файлов необходимо передавать через другие ресурсы. В то же время ни один из перечисленных ресурсов не является специализированным и не дает возможность просматривать пространственные файлы без специального ПО.

Результаты проделанной работы. Для улучшения коммуникации в стоматологической сфере и централизованного хранения файлов был разработан ресурс colleagial.org, предназначенный для удаленного ведения работы над стоматологическими проектами. Данный сайт имеет следующий функционал:

- Личный кабинет.
- Контакты.
- Чаты.
- Диалоги.

Результат работы.

1. Сайт обеспечивает быстрый и оперативный доступ к файлам, облегчает доступ к информации;
2. Фиксирует все изменения в проекте (добавление материала и текстовых уведомлений);
3. Позволяет в любой момент изучить все задания и изменения, когда-либо имевшие место относительно каждой работы;
4. Уведомления о назначениях помогают всегда быть пунктуальным;
5. Хранение файлов и всех дополнительных материалов на одном облачном ресурсе позволяет всегда иметь к ним доступ с любого устройства;

6.Руководитель компании имеет возможность контролировать ведение проектов всех сотрудников организации;

7. Самым важным преимуществом является экономия времени за счет использования только одного удобного ресурса для всех организационных процессов ведения работы;

Выводы. Ресурс colleagial.org показал себя как незаменимый помощник для врача стоматолога, зубного техника, сопряженных специалистов, ежедневно работающих с цифровыми стоматологическими проектами.

Карнаух М.Н¹., Возная И. В²., Мамочкина И.Д.

ПЕРВЫЙ КОНКУРС ЗГМУ

„ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ЗУБОВ "

Запорожский государственный медицинский университет,

¹кафедра хирургической и протезно-стоматологической стоматологии,

²кафедра терапевтической, ортопедической и детской стоматологии.

marinabuvalceva@yandex.ru

Актуальность. Проведение конкурса эстетической реставрации среди студентов пятого курса ЗГМУ - путь наших студентов в мир мастерства и совершенства.

Цель конкурса.

1. Демонстрация профессионального мастерства студентов стоматологического факультета;

2. Внедрение стандарта качества работы в процесс реставрации;

3. Использование в процессе проведения современных технологий;

4. Овладение навыков работы с современнейшими высококачественными материалами компании 3М;

5. Популяризация интереснейшей формы обучения студентов - соревнования;

6. Сотрудничество с высокопрофессиональным специалистом по реставрации К27 марта 2017 Ковшарь А.Ф.;

7. Повышение уверенности в своих силах, уровня самооценки студентов 5 курса;

В ноябре 2016 года было положено начало проведения терапевтической конкурса:

а) содержательная лекция по реставрации к.м.н. Ковшарь А.Ф.

б) первый тур конкурса - мастер-класс к.м.н. Ковшарь А.Ф по эстетической реставрации зубов на фантомах. Победители которого (10 студентов пятого курса ЗГМУ) автоматически вошли во второй тур конкурса.

27 марта 2017 года на базе НДМЦ „Университетская клиника“ кафедра хирургической и пропедевтической стоматологии совместно с кафедрой ортопедической и терапевтической стоматологии, совместно с сотрудницей компании „3М Украина“ Ковшарь А.Ф. и компанией „Медтехника 9“ провела конкурс „Эстетическая реставрация зубов“.

Заблаговременно были подобраны пациенты с дефектом твердых тканей фронтального участка зубов (с кариозными полостями 3 и 4 класса по Блеку). Для проведения данного конкурса был выбран один из методов реставрации - метод стратификации, при котором восстановление тканей дентина проводится дентинными оттенками композитных материалов, а утраченные ткани эмали - эмалевыми оттенками композитных материалов.

10 победителей первого тура конкурса были сформированы в пять пар участников. Все участники соревнования имели равные возможности. Стоматологические установки были закреплены за участниками согласно жеребьевке. Для проведения реставрации было отведено 2 часа. Все участники вложились в указанное регламентом время.

Работу студентов оценивало жюри в составе 6 человек:

от кафедры хирургической и пропедевтической стоматологии:

к.м.н. Чертов С.А., к.м.н. Карнаух М.Н.,

от кафедры ортопедической и терапевтической стоматологии:

д.м.н. Возный А. В., к. м. н. Возная И. В., к.м.н. Кокарь О. А.,

от компании „3М Украина“: к.м.н. Ковшарь А.Ф.



Жюри оценивало работы участников согласно специально составленным для конкурса критериям оценки реставрации, принимая во внимание слаженность работы пары, взаимоотношение с пациентами во время работы.

Победителями конкурса единогласно была признана пара: Сивоконь Татьяна и Семчак Оксана, которые примут участие во Всеукраинском конкурсе по эстетической реставрации зубов 21 апреля 2017 года в г. Ужгороде. Все участники конкурса были награждены ценными призами.

Выводы. Реставрация - скорее искусство, чем наука. Овладеть этим творческим процессом можно лишь приобретя глубокие научные знания, изучив законы природы, биомеханики, искусства. Целю обучения студентов является подготовка высококвалифицированных специалистов, овладевших практическими навыками самостоятельной работы.

Карнаух М.Н.¹., Кокарь² О.А., Мамочкина И.Д.

**ОШИБКИ, ДОПУЩЕННЫЕ УЧАСТНИКАМИ ПЕРВОГО КОНКУРСА
«ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ЗУБОВ»
СТУДЕНТАМИ 5 КУРСА ЗГМУ**

Запорожский государственный медицинский университет,

¹кафедра хирургической и пропедевтической стоматологии,

²кафедра терапевтической, ортопедической и детской стоматологии.

marinabuvalceva@yandex.ru

Актуальность. Стоматология объединяет в себе науку, искусство и ремесло. Реставрация - скорее искусство, чем наука. Овладеть этим творческим процессом можно лишь приобретя глубокие научные знания, изучив законы природы, биомеханики, искусства.

Основная часть. 27 марта 2017 года состоялся Первый конкурс ЗГМУ «Эстетическая реставрация зубов». Для проведения данного конкурса был выбран один из методов реставрации - метод стратификации, при котором восстановление тканей дентина проводится дентинными оттенками композитных материалов, а утраченные ткани эмали - эмалевыми оттенками композитных материалов.

Заблаговременно были подобраны пациенты с дефектом твердых тканей фронтального участка зубов (с кариозными полостями 3 и 4 класса по Блеку).

10 победителей первого тура конкурса были сформированы в пять пар участников.

Все участники соревнования имели равные возможности. Для проведения реставрации было отведено 2 часа. Все участники вложились в указанное регламентом время. Согласно специально обозначенным для конкурса критериям оценки реставрации, члены жюри дали оценку работы студентов и выявили следующие общие ошибки:

1. Несоблюдение состояния окклюзионных контактов реставрации;
2. Нарушение рельефа поверхности реставрации;
3. Несоответствие оптических свойств реставрации цвету твердых тканей зуба;

4. Изменение морфологии вестибулярной поверхности (не были достаточно выделены эмалевые валики);

5. Все участники не уделили должное внимание финишной полировке.

Ошибки реставрации первой пары участников:



1. Нарушение соотношения длины центрального резца к ширине режущего края.

2. Недостаточно выражены эмалевые валики.

3. Проблема с контактными поверхностями.

Ошибки реставрации второй пары участников:



1. Нарушение формы центрального резца.

2. Не был создан контакт с апроксимальной поверхностью рядом стоящего зуба.

3. Была видна линия перехода естественных тканей зуба в композит.

Ошибки реставрации третьей пары участников:



1. Недостаточно выражены эмалевые валики.
2. Финишная полировка вестибулярной поверхности проведена недостаточно.

Ошибки реставрации четвертой пары участников:



1. Недостаточно выражены эмалевые валики.
2. Финишная полировка вестибулярной поверхности проведена недостаточно.
3. Нарушение соотношения длины центрального резца к ширине режущего края.

Ошибки реставрации пятой пары участников:



1. Подбор цвета.
2. Ярko выраженная диастема.
3. Линия резцов была нарушена вследствие укорочения длины режущего края.

Выводы. Проведенный конкурс продемонстрировал:

- а) высокий уровень профессиональной подготовки студентов 5 курса ЗГМУ;
- б) владение навыками работы с современными реставрационными материалами;
- в) умение владеть собой, справляться со сложными, неожиданными задачами;
- г) желание максимально использовать рекомендации профессионалов;
- д) возможность работать в команде;
- е) умение правильно общаться с пациентами.

Карнаух М.Н., Калянова В.А., Мамочкина И.Д.
**БОРЬБА С ДЕТСКИМИ СТРАХАМИ ПЕРЕД ПРИЕМОМ
СТОМАТОЛОГА**

*Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра хирургической и пропедевтической стоматологии.*

marinabuvalceva@yandex.ru

Актуальность: Детский страх на приеме у врача-стоматолога создает основную психологическую нагрузку в работе доктора, негативно сказываясь на психике ребенка.

Цель исследования: Создать методику превентивной работы с юными пациентами, которая позволит избежать страха на приеме стоматолога и воспитать здорового и счастливого ребенка, не страдающего стоматофобией.

Материал и методы исследования: У детей есть две причины испытывать страх перед приёмом у стоматолога: а) из-за отсутствия предыдущего опыта посещения стоматолога ребенок инстинктивно предполагает опасность; б) дети очень чувствительны к реакциям взрослых, они копируют их, анализируя ситуацию. С целью подтверждения методики превентивной борьбы с детскими страхами в стоматологии, было проведено исследование, в ходе которого тестировалась эффективность методов позитивного психологического влияния на детей с целью снижения уровня тревожности на приеме у врача-стоматолога. В нем участвовало 18 детей дома ребенка «Солнышко» г. Запорожья в возрасте от 4 до 6 лет. Ранее дети не подвергались подсознательному моделированию страха перед врачом-стоматологом со стороны взрослых, а так же ребята имели опыт позитивного взаимодействия с докторами других специальностей. Нами были созданы две контрольные группы: Группа «А» в составе 20 человек. Группа «Б» в составе 15 человек.

С детьми из группы была проведена работа по созданию доверительных отношений между ними и студентами 2 курса ЗГМУ, обучающимися по специальности «Стоматология»:

1. Демонстрировались обучающие видеоматериалы (о полезных и вредных продуктах питания, о поддержании гигиены полости рта, о заболеваниях зубочелюстной системы).

2. Студентами были проведены познавательные беседы о профилактике кариеса.

3. Показана сказка о возможных негативных последствиях отсутствия гигиены полости рта.

Группа формировалась из детей с такими же исходными данными, с той лишь разницей, что перед пробным осмотром воспитательная работа не проводилась.

Результаты исследования: Из 20 участников группы «А», до проведения работы, о страхе перед посещением врача-стоматолога заявило двое детей. По окончании эксперимента, все дети были позитивно настроены, так как осознали, что без регулярного осмотра и своевременного лечения будут страдать от кариеса и других заболеваний полости рта. Соответственно, страха при пробном осмотре ни один участник группы «А» не проявил.

Во время проведения осмотра дети группы «Б» были встревожены, несмотря на попытки воспитателей успокоить их. Что характерно, утешение и отрицание возможных негативных последствий имело обратный эффект - паника усиливалась. Из 15 участников группы явный страх демонстрировало 7 детей, у 8 наблюдалась легкая тревожность. По окончании осмотра, с детьми группы «Б» так же была проведена работа с целью минимизации страха перед приемом стоматолога. Затем контрольная группа была опрошена повторно, но результаты показали меньшую успешность снятия стресса: лишь 3 детей из 15 избавились от страха.

Выводы: В результате проведенного исследования подтверждены оба исходные предположения. Дети, не подвергшиеся настрою со стороны взрослых, оказались более эмоционально стабильными и позитивно настроенными, нежели те, с которым до приема стоматолога пообщались родители или воспитатели (посочувствовав или утешив). К желаемому результату привела и превентивная работа, направленная на создание доверительных отношений между участниками исследования и врачами-стоматологами. Уровень тревожности был минимальным. Во второй же группе, где осмотр предшествовал воспитательной работе, дети были напуганы, и проведение подобной работы в последующем не изменило ситуацию, вероятно, вследствие того, что дети были настроены на получение негативных ощущений. Результаты нашего исследования подтверждают необходимость профессионально и деликатно бороться с детскими страхами перед посещением врача-стоматолога. Дентофобию, связанную с инстинктом самосохранения, нужно и можно избежать.

Карнаух М.Н., Калянова В.А., Мамочкина И.Д.

МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ДЕНТОФОБИИ У ДЕТЕЙ

*Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра хирургической и протезно-стоматологической стоматологии.*

marinabuvalceva@yandex.ru

Актуальность: Каждый третий житель планеты страдает дентофобией (стоматофобией, одонтофобией), основной причиной которой часто является мучительная, сильная и острая зубная боль. Дентофобия может быть врожденной, воображаемой, приобретенной и связана с инстинктом самосохранения, носители которой предпочитают переносить мучительную зубную боль. Особенно печально наблюдать проявление этого недуга у детей. Как правило, работа с такими пациентами крайне затруднена. Существующие методики борьбы со стоматофобией не всегда удобны и эффективны.

Цель исследования: Найти причины появления страха. Рассмотреть максимально удобные методы борьбы с дентофобией.

Материалы и методы исследования: В ходе проведения работы было проведено исследование в одной из стоматологических клиник г. Запорожья. Во время приема детей в возрасте от 6 до 10 лет студенты 2 курса ЗГМУ помогали врачу-стоматологу поддерживать благоприятный эмоциональный настрой ребенка, объясняя и демонстрируя в игровой форме процесс лечения. Перед пациентом демонстрировались короткие сказки о действии кариеса, о взаимодействии негативного героя кариеса и стоматолога, каждое действие врача было обыграно и обосновано.

В исследовании участвовало 15 пациентов клиники.

Результаты исследования: Мы наблюдали за поведением юных пациентов до приема – в зале ожидания 6 участников проявляли явные признаки страха: дети плакали, не хотели входить в кабинет, просили родителей отложить визит к доктору. Остальные дети начали испытывать ощутимый психологический дискомфорт лишь войдя в кабинет и увидев огромное количество пугающих инструментов.

Во время работы со студентами ЗГМУ ребенок погружался в атмосферу игры, воспринимал процесс лечения не как утомительную и болезненную необходимость, а как уникальный способ развлечения.

По окончании приема никто из участников группы не проявил признаков даже легкой тревожности. По результатам опроса детей и их родителей, проведенного после лечения, было подтверждено, что в сравнении с обычным приемом у стоматолога, данный визит не оказал существенного давления на психику детей и взрослых.

Выводы: Проведенная работа показывает эффективность проведенного до стоматологического приема метода позитивного психологического влияния на пациентов в детской стоматологии, его целесообразность и простоту в применении. Детская психика наиболее явно демонстрирует положительный результат такого взаимодействия между врачом и пациентом.

Карнаух М.Н., Ткаченко Д.А., Мамочкина И.Д.

ВЛИЯНИЕ ДИЗАЙНА СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА ПРЕДПОЧТЕНИЯ ДЕТСКОЙ АУДИТОРИИ

Запорожский государственный медицинский университет, кафедра хирургической и протезно-стоматологической стоматологии

marinabuvalceva@yandex.ru

Распространенность стоматологических заболеваний среди детского населения остается достаточно высокой и является актуальнейшей проблемой отечественного здравоохранения. Профилактика стоматологических заболеваний способствует решению этой важной проблемы. Поддержание гигиены полости рта детей на должном уровне - важнейшая задача стоматологов, родителей и работников детских учреждений. Тщательно продуманный дизайн средств гигиены полости рта - шаг навстречу решению проблем профилактики.

Цель исследования. Проанализировать предпочтения детской аудитории в выборе предмета индивидуальной гигиены (зубной щетки) в зависимости от дизайна.

Методы и материалы исследования. Для проведения нашей работы мы применили эмпирические (наблюдение, эксперимент, сравнение, описание) и общелогические (анализ, обобщение, статистика) методы исследования. Нами была разработана и применена тест-анкета опроса. Вопросы были составлены с учетом возраста респондентов. Для проведения исследования мы применили метод интервьюирования. В исследовании приняли участие 62 ребенка (33 девочки и 29 мальчиков), которых мы условно поделили на две группы. Первая группа представлена воспитанниками детского дома «Солнышко» г. Запорожья: 29 детей в возрасте 5-6 лет. Вторая группа была представлена учениками

1-го класса колледжума «Элинт», школа № 96 города Запорожья: 33 ребенка в возрасте 6-7 лет.

Результаты исследования: Участникам опроса было предложено 5 образцов зубных щеток: образец № 1 – синяя щетка, с изображением футбольного мяча; образец № 2 – зеленая щетка, с изображением футбольного

мяча; образец № 3 – розовая щетка, с изображением принцессы Disney; образец № 4 – сиреневая щетка, с изображением принцессы Disney; образец № 5 – прозрачно-голубая щетка, без картинки. Мы попросили ребят внимательно рассмотреть все образцы и выбрать из них один понравившийся. Результаты предпочтений приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1.

Результаты тестирования группы 1 представленной воспитанниками детского дома «Солнышко».

Первая группа.					
	№1	№2	№3	№4	№5
Девочки	2	1	6	6	2
Мальчики	2	3	0	0	7

Таблица 2.

Результаты тестирования группы 2 представленной учениками 1-го класса колледжума «Элинт», школа № 96 города Запорожья

Вторая группа.					
	№1	№2	№3	№4	№5
Девочки	3	3	5	1	4
Мальчики	9	3	0	0	5

К нашему удивлению наиболее привлекательным для большинства оказался образец № 5. Его выбрали 18 исследуемых - 29% от общего количества исследуемых. Из них 9 человек второй группы и 9 из первой группы (по 50%). 2 девочки (22%) и 7 мальчики (78 %) первой группы ; 4 девочки (44%) и 5 мальчиков (56 %) второй группы. Среди девочек наибольшей популярностью пользуется образец № 3. Его выбрало 11 исследуемых (33%). При этом первой группой был выбран образец № 3 и образец № 4 выбрали одинаковое количество (по 6 - 35%). Вторая группа предпочла образец № 3 - 5 человек (30%). Среди мальчиков наиболее популярны 2 -й (11 голосов – 38%) и 5-й (12 голосов – 41%) образцы. В первой группе образец № 5 выбрали 7 человек (58%), во второй наибольшее количество голосов набрал образец № 1 - 9 голосов (52%). Примечательно, что никто из мальчиков не выбрал образец № 3 и № 4, им не нравился цвет и рисунок. У девочек основополагающим фактором был цвет, поэтому наблюдаются голоса за «щетки мальчиков». В образце № 5 опрошенных привлекала полупрозрачность ручки, а также мягкий ее цвет.

После данного тестирования был проведен опрос, в котором предлагалось к понравившемуся образцу добавить новые детали или изменить их в приглянувшемся образце. Среди участников 2-й группы наблюдалась тенденция добавления функционально важных элементов, таких как площадка для удерживания на ручке ; добавление образцу № 5 изгибов ; добавление на задней поверхности щетки поверхности для обработки языка, а также упорядоченность зубных щетинок в ряды для улучшения качества чистки зубов (по подобию расположения щетинок на щетках для взрослых). Участников первой группы в основном интересовал только внешний вид образца. Ребята предлагали добавить картинки с изображением героев мультфильмов и фильмов о супергероях. Девочки предложили добавить изображения котят и щенков. Участники второй группы предложили добавить изображения компьютерных и телефонных игр (в основном популярной игры Minecraft). Пожеланий по поводу изменений цвета не наблюдалось.

Вывод. Проведя данное исследование мы убедились в целесообразности тщательного и продуманного дизайна средств индивидуальной гигиены полости рта у детей дошкольного и младшего школьного возраста для достижения главной проблемы стоматологической профилактики - обеспечение высокого уровня стоматологического здоровья нации.

Карнаух М.Н¹., Ковшарь А.Ф²., Мамочкина И.Д.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕСТАВРАЦИИ

¹*Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра хирургической и протезно-стоматологической стоматологии.*

²*ООО «3М Украина»*

marinabuvalceva@yandex.ru

Актуальность. Высокий уровень подготовки высококвалифицированных специалистов - основная цель преподавательского коллектива ЗГМУ. Кафедра хирургической и протезно-стоматологической стоматологии совместно с кафедрой терапевтической, ортопедической и детской стоматологии стремится максимально приблизить учебный процесс к условиям практической деятельности. С этой целью ЗГМУ плодотворно сотрудничает с компанией «3М Украина».

Одним из проектов этого взаимодействия было проведение конкурса реставрации 27 марта 2017 года.

Традиционно, оценка качества восстановления твердых тканей зубов непосредственно после реставрации проводится последующим критериям:

1. Общий вид и 3-х мерные пропорции реставрации.

2. Соответствие формы реставрации анатомической форме восстанавливаемого зуба.
3. Качество краевого прилегания материала.
4. Состояние окклюзионных контактов на реставрации.
5. Качество восстановления контактных пунктов.
6. Соответствие рельефа поверхности реставрации рельефу поверхности зуба.
7. Цветовое соответствие реставрации цвету твердым тканям зуба.
8. Прозрачность реставрации.
9. Качество полирования реставрации.
10. Естественность исполнения реставрации.

Применение этих критериев способствует повышению эффективности изготовления реставрационных конструкций, максимально приближенных к естественным тканям зубов, снижению процента осложнений, связанных с неудовлетворительным состоянием реставрации.

Эти критерии необходимо применять при оценке работы дипломированных специалистов. Мы же должны были оценивать студентов, справедливо определив победителей. С этой целью была создана таблица оценки выполненной реставрации методом стратификации:

Таблица 1.

	Ф.И.О.	3-х мерные пропорции	Морфология межрезцовых промежутков	Позиция интерпроксимальных контактов 50-40-30	Морфология вестибулярной поверхности	3-х мерные линии	Оптические свойства цвета реставрации	Всего баллов
1	Максимов Климанов	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5
2	Рудской Гура	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5
3	Сивоконь Семчак	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5
4	Джортиян Мороз	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5
5	Бухонская Красота	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5	От 0 до 5

Каждый показатель оценивался нами от 0 до 5 баллов.

Суммировав результаты, мы определили победителей.

Выводы. Подготовка высококвалифицированных стоматологов это сложный, ответственный и творческий процесс. Обучая студентов искусству реставрации, считаем целесообразным использовать предложенные нами критерии оценки реставрации зубов.

Коваленко Н.А., Герасимчук П.Г.

ТАКТИКА СТОМАТОЛОГА ПРИ УСТРАНЕНИИ МАЛЫХ ВКЛЮЧЁННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ В БОКОВОМ УЧАСТКЕ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия министерства
здравоохранения Украины, кафедра ортопедической стоматологии*

Вступление. Вопрос о протезировании малых включённых дефектов зубных рядов до сих пор остаётся нерешённым. Протезирование малых включённых дефектов зубных рядов проводится не только при наличии явных эстетических нарушений, но и для профилактики деформации окклюзионной поверхности зубных рядов и одностороннего жевания, являющегося, в свою очередь, частой причиной дисфункции жевательных мышц и височнонижнечелюстного сустава[1–3]. Самым распространённым подходом к решению этого вопроса является изготовление мостовидного протеза, который почти полностью восстанавливает жевательную эффективность. Однако методика изготовления мостовидных протезов имеет следующие недостатки:

1. Необходимо препарировать естественные ткани зубов под опорные элементы;
2. Не всегда удовлетворительные эстетические качества;
3. Ограничения по общим заболеваниям;
4. Стоимость эстетических конструкций.

Съемные протезы как вынужденная мера у пациентов, не желающих обрабатывать соседние зубы, не всегда эстетичны, сильнее нарушают речь и имеют низкую функциональную эффективность, в сравнении с мостовидными протезами, а главное, недостаточно хорошо фиксируются и требуют периодической перебазировки [4–6].

Решение об использовании зубов в качестве опорных элементов для мостовидных протезов должно решаться после клинического и рентгенологического изучения состояния тканей пародонта. Очень обнадеживающим в последние годы является развитие имплантологии в нашей стране. Имплантаты представляют собой современную альтернативу съемным и несъемным протезам, однако их применение сопряжено с соблюдением множества общесоматических и внутриротовых условий, так, по данным зарубежных авторов, применение внутрикостных зубных имплантатов возможно

в 10-15% случаев [7]. Все включенные малые дефекты зубных рядов при отсутствии противопоказаний к имплантации и финансовых возможностях пациентов должны быть устранены коронками с опорой на имплантаты [8].

Цель исследования – изучение клинической картины у пациентов с малыми включенными дефектами зубных рядов в боковом участке зубного ряда в течение 3-5 лет, которые изначально не имели вторичных деформаций зубных рядов и разработка показаний и противопоказаний к протезированию при такой патологии.

Материал и методы исследования. Мы провели клинические наблюдения за 35 пациентами, которые имели одиночные включенные дефекты зубных рядов в боковых участках в течение 3-5 лет. Было установлено, что через 2-5 лет у 24 человек, что составляет 57% случаев, появились вторичные деформации. Типичными являются следующие направления движения зубов, лишённых антагонистов. Смещение в сторону противоположной челюсти, дистальное и медиальное перемещение при наличии трем, наклон зубов в язычно-нёбном направлении. Зубо-челюстные деформации создают неблагоприятные условия для протезирования. Мы изучили клиническую картину 12 пациентов, которые не имели видимых зубочелюстных деформаций. При обследовании мы установили, что у них были зубные ряды без трем и диастем, а зубы, имеющие антагонисты имели плотные контакты с соседними зубами. Возрастной зависимости не обнаружено. Пациенты каждые 6 месяцев проходили профилактическое обследование, которое включало осмотр, окклюзиографию, изготовление и анализ диагностических моделей.

Выводы. Многолетние клинические наблюдения и результаты исследований позволяют сделать следующие выводы:

1. Пациентам, имеющим показания и финансовые возможности к изготовлению коронок с опорой на имплантаты мы рекомендуем их изготовление.

2. Для тех пациентов, у которых отсутствовал плотный окклюзионный контакт зуба без антагониста с ограничивающим дефект зубом, мы рекомендуем своевременное протезирование соответствующей конструкцией.

3. При отсутствии трем и наличии плотного окклюзионного контакта зуба без антагониста с ограничивающим дефект зубом мы рекомендуем диспансерное наблюдение в течение двух лет.

Литература

1. Дорошенко С.І., Кульгінський Є.А., Дорошенко К.В., Федорова О.В. Комплексна підготовка до зубного протезування пацієнтів із вторинними

зубощелепними деформаціями, пов'язаними з втратою зубів. Український стоматологічний альманах №5, 2011.

2. Способ протезирования малых включенных дефектов зубных рядов в боковом отделе. А.С. 2268021 RU.

3. Белоусов Н.Н. Адгезивные шины современный метод выбора при шинировании зубов // Новое в стоматологии.— 2000.- № 4 — С. 75-77.

4. Мостовидные протезы без опоры на коронку//Дент Мастер.-2003,- №5,- С. 9-13.

9. Петрикас О.А. Несъемные адгезивные протезы // Стоматология. -2004.- №2.- С. 39-40.

5. Ряховский А. Вантовые зубные протезы // Стоматология.- 2000.-№ 4.- С. 54-59.

6. Юдин П. С. Адгезионные мостовидные протезы на металлическом каркасе //Российский стоматологический журнал. 2004.- № 1.- с. 43-48.

7. Ring M. Иллюстрированная история стоматологии. Древний Ближний Восток // ДентАрт.- 1997.- № 3.- С. 77-80.

8. Schlosser R. Срок службы зубных коронок // Квинтэссенция.-1995,-№5/6.- С. 33.

Кокарь О.О.

ВИКОРИСТАННЯ ЛІСТЕРІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ

*Запорізький державний медичний університет,
кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології*

dentist.zdmu@gmail.com

Актуальність. Бактеріальний наліт на поверхні зубів розглядається як первинний фактор, що викликає запалення пародонту. Використання допоміжних засобів з активними компонентами перешкоджають утворенню зубних відкладень.

Мета дослідження: вивчення клінічної ефективності ополіскувача «Лістерін» у пацієнтів на хронічний катаральний гінгівіт.

Матеріалита методи. Проведено обстеження і лікування 37 хворих віком від 18 до 35 років на хронічний катаральний гінгівіт, які розподілені на основну (23 пацієнта) та контрольну (14 осіб) групи. Визначали індекси: Green-Vermillion, РМА, ступінь кровоточивості ясен за Muhlemann. Місцева терапія у пацієнтів двох груп суттєво не відрізнялася. Пацієнтам основної групи призначали застосування вдома ополіскувача «Лістерін» протягом 30 сек., 2 рази на добу.

Результати та обговорення. Після проведення професійної чистки, місцевого лікування та навчання гігієні порожнини рота спостерігалась позитивна динаміка у покращенні рівня гігієни у всіх пацієнтів. За період використання ополіскувача у всіх пацієнтів спостерігалось зниження значень індексу внаслідок значного зменшення зубного нальоту. У пацієнтів 1-ї групи, які додатково використовували ополіскувач «Лістерін», ознаки запалення зникли на декілька днів раніше, ніж у осіб 2-ї групи. Вже через 1-3 відвідування знизилась болючість, зменшився набряк і гіперемія ясенних сосочків, знизився індекс РМА. Гігієнічний стан ротової порожнини в обох групах після лікування став краще.

Висновки. Ополіскувач «Лістерін» є ефективним засобом комплексного лікування гінгівіту, так як має виражену протизапальну дію, скорочує терміни лікування, викликає стійку стабілізацію процесу.

Кокарь О.О.¹, Карнаух М.М.².

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРАХ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Запорізький державний медичний університет,

¹ *Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології;*

² *Кафедра хірургічної та протезної стоматології*

dentist.zdmu@gmail.com

Розвиток суспільства, світової науки та техніки ставить систему вищої освіти перед необхідністю розробки та впровадження нових засобів навчання, які сприяють підвищенню якості професійної підготовки кожного студента. Сучасний етап модернізації освіти пов'язан з впровадженням інтерактивних методів навчання, які залучають студентів до активної творчої, практично-орієнтованої навчально-пізнавальної діяльності.

Базовими моделями інтерактивного навчання можна назвати можливість неформальної дискусії, вільного викладання матеріалу, ініціатива студента, наявність групових завдань, які потребують колективних зусиль, постійний контроль впродовж семестру. При використанні інтерактивної технології в навчанні змінюються функції викладача і його взаємодія зі студентами. Викладач перестає бути «носієм» інформації, а стає майстром, який організовує спільну діяльність зі студентами; виконує роль тьютора - спостерігача, який мотивує студентів.

На кафедрі викладачі використовують різні форми інтерактивних методів навчання: рольові ігри, ділові ігри, кейс-метод, вирішення проблемних запитань, проведення студентських конференцій. Як показує наш досвід, у студентів

збільшується мотивація до навчання, розвиваються навички аналізу та синтезу, здатність до прийняття самостійних нестандартних рішень, збільшується їх зацікавленість у оволодінні сучасними стоматологічними технологіями.

Таким чином, комплексне використання інтерактивних методів навчання дозволяє суттєво підвищити якість пізнавальної та практичної діяльності майбутнього лікаря-стоматолога.

Кравченко Л.С., Романова Ю.Г., Строченко Є.О., Жеребко О.М.
**ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДІЯ НОВОГО ЗАСОБУ ДЛЯ
ДОГЛЯДУ ЗА ПОРОЖНИНОЮ РОТА ПРИ ЗАПАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА**

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

office@odmu.edu.ua; evgeniystrochenko@gmail.com

Актуальність. Розповсюдженість захворювань пародонта, які призводять до втрати зубів, в Україні висока тому проблема лікування і профілактики їх залишається одною з провідних проблем в стоматології.

Мета. Вивчення лікувально-профілактичної дії новоствореного засобу для догляду за порожниною рота на основі апіпродуктів на стан тканин пародонта та властивості ротової рідини при запальних захворюваннях пародонта.

Матеріал і методи. Дослідження проведені на 32 пацієнтах віком від 15 до 28 років, які були розподілені на 2 групи. В першу групу (основну) були виділені особи, у яких визначалася гіперемія, кровоточивість ясен при зондуванні, відсутність патологічних зубоясеневих кишень, незадовільний рівень гігієни порожнини рота (22 людини). Контрольну-другу групу склали 10 чоловік, зіставлених з 1-ю за віком та статтю, але без ознак запалення і дистрофічних процесів у пародонті та без супутніх соматичних захворювань. Пацієнтам основної групи місцево застосовували розроблений нами засіб для догляду за порожниною рота – новий гель на основі апіпродуктів та інших біологічно-активних речовин [1].

Для оцінки клінічного та гігієнічного стану пародонта використовували такі індекси. Стан тканин пародонта з'ясовували при огляді, запалення виявляли за пробою Шилера-Писарєва, кількісну оцінку проводили за індексом РМА (Парма) [2], пародонтальним індексом Рі Рассела, індексом кровоточивості за Мюллеманом [3]. Вказані об'єктивні параметри вивчалися в динаміці використання новоствореного апігелю. Усім дослідженим проводили санацію порожнини рота, усуваючи місцеві подразники, пацієнтам основної групи щодня в перебігу двох тижнів (14 днів) проводили аплікації апігелю (по 15 хвилин).

Ротову рідину у пацієнтів збирали в мірні пробірки в перебігу 10 хвилин у першій половині дня для виключення впливу фактора часу доби. Рівень запальних процесів визначали за вмістом білку (по Lowry) запальної протеолітичної активності (ЗПА) за методом Кунитца у модифікації А.П. Левицького, концентрації малонового діальдегіду (МДА). Досліджували активність каталази і розраховували антиоксидантно-прооксидантний індекс (АПІ). Отримані дані обробляли статистично, застосовуючи критерій вірогідності Ст'юдента.

Результати досліджень. Застосування нового апігелю призводило до покращення гігієнічного стану порожнини рота, зниження індексів РМА, Рі, та індексів кровоточивості, підвищення швидкості слиновиділення. Після лікувальних заходів пацієнти основної групи відзначали підвищення комфортності в порожнині рота, відсутність кровоточивості при чищенні зубів, ясна набували блідо-рожевого забарвлення, щільно прилягали до шийок зубів.

Порівняльний аналіз стану тканин пародонта і гігієни порожнини рота у пацієнтів з катаральним гінгівітом, яким застосовували апікації новим гелем, визначив виразну позитивну динаміку клініко-функційних індексів. Індекс РМА після лікування знизився в середньому майже в 4,75 разів, пародонтальний індекс Рассела став нижче в середньому в 5,75 разів. Індекс кровоточивості зменшувався у пацієнтів страждаючих катаральним гінгівітом після лікування в середньому в 3,2 рази, що свідчить про значне зниження проникливості ясеневих кровоносних судин під впливом гелю. Оцінюючи гігієнічний стан ротової порожнини в обстежених пацієнтів, було виявлено, що після застосування гелю індекс гігієни у хворих катаральним гінгівітом зменшився в 2,1 рази і склав в середньому $090 \pm 0,08$ балів, що навіть на 40% нижче ніж в контрольній групі. Про протизапальну дію апігелю свідчило зниження концентрації білку в ротовій рідині в хворих хронічним катаральним гінгівітом. Майже в 1,5 рази підвищений рівень ЗПА в ротовій рідині знижувався при місцевому застосуванні апігелю до нормальних значень. Проведення апікацій апігелю приводило до зниження складу МДА в ротовій рідині в середньому на 42,4%. Активність антиоксидантного ферменту каталази, яка була знижена при ХКГ, вірогідно підвищувалася при застосуванні нового гелю. Антиоксидантно-прооксидантний індекс при лікуванні гелем у хворих ХКГ підвищувався.

Таким чином, застосування новоствореного гелю поліпшує клінічний стан пародонта, вірогідно знижує показники пародонтальних та гігієнічних індексів, що свідчить про високу лікувально-профілактичну ефективність гелю. Клінічне застосування апігелю супроводжується нормалізацією саливації та біохімічних показників ротової рідини, що пов'язано спершу зі складом гелю. Речовини, які

входять до складу апігелю, особливо, прополіс, відносяться до складних, з великою кількістю хімічних з'єднань, які обумовлюють його фармакологічні дії, впливаючи на обмін речовин, трофіку, регенерацію.

Висновки

1. Клінічне застосування нового апігелю у вигляді аплікацій визначило його пародонто-протекторну ефективність.

2. Новостворений засіб для догляду за порожниною рота швидко усуває протизапальні процеси в тканинах пародонта, нормалізує саливацію, поліпшує показники гігієни порожнини рота.

3. Отримані дані свідчать про перспективу застосування нового засобу для профілактики і лікування стоматологічної патології.

Дані дослідження вказують на доцільність подальших досліджень новоствореного засобу для догляду за порожниною рота в корекції патологічного стану в порожнині рота, викликаного запаленням.

Література

1. Пат. 94885 Україна МПК(2014.01) А61К 31/00, А61К 35/00. Гель для лікування реакцій слизової оболонки порожнини рота на променеви терапію /Кравченко Л.С., Солоденко Г.М.; заявник і патентовласник Одеськ. націон. мед. ун-т - №u201404694 заявл. 05.05.2014; опубл. 10.12.2014, бюл. №23.

2. Parma C. Parodontopathie J.A. Verlag Leipzig, 1960. – 203 S.

3. Russel A.L. A system of classification and scoring for prevalence surveys of periodontal disease //J. Dent. Res.- 1956. – V.36. – P.922-925.

Лепетченко Е.С., Гавриленко М.А.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗОВАННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ г.ЗАПОРОЖЬЯ

*Запорожский государственный медицинский университет, кафедра
терапевтической, ортопедической и детской стоматологии*

liza-lepetchenko@rambler.ru

Актуальность. Несмотря на высокие достижения в развитии стоматологии, заболеваемость кариесом зубов остается острой проблемой среди детей младшего школьного возраста. Согласно данным ВОЗ, в последнее десятилетие в Украине показатели распространенности и интенсивности кариеса остаются высокими и имеют тенденцию к повышению. Это является острой научно-практической проблемой, которая и определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования. Изучить распространенность и интенсивность кариеса молочных и постоянных зубов у детей младшего школьного возраста (6-11 лет) в организованном детском коллективе (Запорожский колледжум «Малая гуманитарная академия») Хортицкого района г. Запорожья.

Материалы и методы: Были обследованы 205 детей в возрасте от 6 до 11 лет. Все дети были разделены на три подгруппы согласно возрасту: 6 лет (1 подгруппа) – 49 детей, 7-9 лет (2 подгруппа) – 101 ребенок, 10-11 лет (3 подгруппа) – 55 детей.

Результаты и обсуждение. Распространенность кариеса среди всех обследованных составила 94,0 %, при этом в первой подгруппе – 95,9%, во второй – 97,0%, в третьей – 89,1%. Интенсивность кариеса составила 4,8, при этом в первой подгруппе – 5,8, во второй – 4,8, в третьей – 3,9.

Выводы.

1. Полученные данные распространенности кариеса свидетельствуют о массовой заболеваемости согласно критериям ВОЗ.

2. Наибольшая интенсивность кариеса наблюдается у детей 6 лет и относится к высокому уровню. Показатели интенсивности кариеса у детей 10-11 лет свидетельствует о среднем уровне интенсивности кариозного процесса.

3. Проведенное исследование диктует необходимость создания качественной программы профилактики кариеса среди детей младшего школьного возраста в организованных детских коллективах.

Марченко А.В.

РОЗМІРИ ЗУБІВ У ЮНАКІВ ЗА ДАНИМИ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

ВДНЗУ «УМСА», кафедра терапевтичної стоматології, м. Полтава

allamarchen@yandex.ru

Актуальність. Зуби являють собою виключно міцні, стійкі структури організму людини, порівняно мало схильні до випадкових зовнішніх впливів, і є невичерпним джерелом діагностичних диференціюючих ознак, які дають можливість проводити одонтометричну характеристику різних популяцій людей [1]. Комп'ютерна томографія швидко знайшла прихильників серед лікарів-стоматологів різних спеціальностей завдяки принципово новим підходам в діагностиці захворювань [2, 3, 4].

Мета дослідження: встановити особливості комп'ютерно-томографічних мезіодистальних розмірів зубів у чоловіків з фізіологічним прикусом в залежності від форми голови.

Матеріали та методи. Досліджені томограми юнаків з ортогнатичним прикусом, який визначався за 11-ти пунктами за М.Г. Бушан та їх кефалометричні показники. Для проведення компютернотомографічного дослідження використовували дентальний конусно-променевий томограф – Veraviewerocs 3D, Морита (Японія). Вимірювання кефалометричних розмірів проводилося в межах програми вимірювань що відповідає переліку Мартіна. Статистичну обробку проводили за допомогою програмного пакету “Statistica 6,0”.

Результати і обговорення. Встановлено наступний розподіл краніотипу: юнаки мезоцефали – 16, юнаки брахіцефали – 19. За морфометричними комп’ютерно-томографічними мезіодистальними розмірами зубів (середня з похибкою та межі довірчих інтервалів) у юнаків з ортогнатичним прикусом встановлено, що лише величина мезіодистального розміру нижнього ікла у юнаків брахіцефалів достовірно ($p < 0,05$) більша порівняно із чоловіками мезоцефалами. Величини мезіодистальних розмірів решти зубів верхньої та нижньої щелепи як між юнаками загальних груп і юнаками різних краніотипів, так і між юнаками мезо- та брахіцефалами не мали достовірних відмінностей або тенденцій до відмінностей показника. У юнаків загальних груп, мезоцефалів та брахіцефалів з фізіологічним прикусом визначено особливості комп’ютерно-томографічних мезіодистальних розмірів зубів. Практично у всіх зубів виявлено відсутність достовірних відмінностей або тенденцій до відмінностей показника між чоловіками всіх груп порівняння. Виключення становить величина мезіодистального розміру нижнього правого ікла, яка у чоловіків брахіцефалів достовірно більша порівняно із чоловіками мезоцефалами.

Висновки. 1. Більшість мезіодистальних розмірів зубів верхньої та нижньої щелепи не мали достовірних відмінностей показника як між юнаками загальних груп і юнаками різних краніотипів, так і між юнаками мезо- та брахіцефалами.

2. Величина мезіодистального розміру нижнього правого ікла у юнаків брахіцефалів достовірно більша порівняно із юнаками мезоцефалами.

Отримані результати надають можливість визначити, що комп’ютерно-томографічні мезіодистальні розміри практично всіх зубів у юнаків (за виключенням нижнього правого ікла) володіють незначними індивідуально-типологічними відмінностями у представників різних краніотипів (мезоцефалів та брахіцефалів). Перспективним є дослідження відмінностей досліджуваних розмірів у дівчат різних краніотипів та між досліджуваними обох статей.

Список літератури

1. Зубов А.А. Методологическое пособие по антропологическому анализу одонтологических материалов / А.А. Зубов. – М.: Наука, 2006. – 72 с.

2. Левин Б.В Компьютерный, морфометрический анализ формы зубных дуг лиц с нормальной природной окклюзией, проживающих на территории Украины / Б.В. Левин // Современная стоматология. – 2008. – № 1. – С. 125-129.

3. Тернова С.К. Лучевая диагностика в стоматологии / С.К. Тернова, А.Ю. Васильев. – «ГЭОТАР-Медиа». – М., 2010. – 248 с.

4. Digital three-dimensional image fusion processes for planning and evaluating orthodontics and orthognathic surgery. A systematic review / J. M. Plooij, T.J. Maal, P.

Haers [et al.] // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2011. – Vol. 40. – № 4. – P. 341-352.

Машейко І.В., Герасимчук П.Г., Устименко О.К.

ВИЗНАЧЕННЯ ДОВЖИНИ КОРЕНІВ ЗУБІВ НА ПЛІВКОВИХ РЕНТГЕНОГРАМАХ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія»,
кафедра ортопедичної стоматології*

mash_7@mail.ru

Актуальність. При повній відсутності коронкової частини зуба видалення кореню не завжди обґрунтоване через те, що його можна використати для протезування. Найдоступнішим є відновлення зруйнованої коронкової частини зуба за допомогою стандартних анкерних штифтів. Для вибору найбільш оптимального розміру штифта необхідним є вимірювання довжини кореню зуба. Більшість прицільних рентгенограм має значну похибку, тому пошук способів визначення довжини коренів зубів на рентгенограмах є досить актуальним.

Мета роботи є розробка способу визначення точних лінійних параметрів коренів зруйнованих зубів на прицільних рентгенограмах для забезпечення раціонального вибору стандартних анкерних штифтів.

Матеріали і методи. Було використано 30 ікол та різців верхньої та нижньої щелеп людини, видалених за показаннями. Перед видаленням отримували прицільні рентгенограми цих зубів за допомогою рентгенплівки з зафіксованою по периметру перед нею нержавіючої сітки з ячейками 0,7x0,7 мм та діаметром проволочки 0,3 мм. У ході дослідження проводили вимірювання штангенциркулем довжини коренів зубів, що підлягали видаленню за рентгензнімками, та після екстракції. Обчислення виконували з поправкою на довжину сітки на рентгенограмі.

Результати дослідження. Було встановлено, що відхилення лінійних розмірів коренів зубів від дійсних розмірів на прицільних плівкових рентгенограмах становлять у середньому 20,65%. Перерахунок лінійних розмірів коренів зубів з поправкою на довжину сітки на рентгенограмі зменшує похибку

у середньому до 4,35%. Коефіцієнт лінійної парної кореляції реальної довжини коренів з обчисленими значеннями за рентгенограмами $r_{xy}=0,97$ ($p<0,001$).

Висновки. Пропонована методика дозволяє вимірювати довжину коренів зубів за прицільними рентгенограмами з припустимою похибкою.

Мищенко О.Н¹., Чертов С.А¹., Возный А.В².

ИССЛЕДОВАНИЕ НАПРЯЖЕННО-ДЕФОРМИРОВАННОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМ «ИМПЛАНТАТ-КОСТЬ»

¹*Запорожский государственный медицинский университет кафедра пропедевтической и хирургической стоматологии*

²*Запорожский государственный медицинский университет кафедра терапевтической, ортопедической и детской стоматологии*

В Институте металлофизики им. Г.В.Курдюмова НАН Украины был разработан метод создания новых Smart-материалов, основанный на том, что механическое поведение циркониевых и титановых сплавов существенно зависит от соотношения металлической и ковалентной составляющих атомной связи. Ослабление ковалентной составляющей, которая приводит к уменьшению модулей упругости, может быть достигнуто целенаправленными изменениями, как атомного, так и электронного строения. На основе применения данного метода создан новый β -циркониевый сплав $51\text{Zr}31\text{Ti}18\text{Nb}$, жесткость которого в 2,3 раза меньше, чем в традиционных титановых сплавах, а прочность в условиях циклических нагрузок оказывается больше почти в 1,5 раза [1,2]. Материал характеризуется высокой биоинертностью, однако особенности его биомеханического поведения при установке имплантатов в костную ткань с разным «качеством», являются практически неизученными.

Цель исследования. На основе модельного эксперимента определить закономерности напряженно-деформированного состояния (НДС) биомеханических систем «кость-имплантат» в зависимости от физико-механических свойств костной ткани и дентальных имплантатов, изготовленных из материалов с различным модулем упругости.

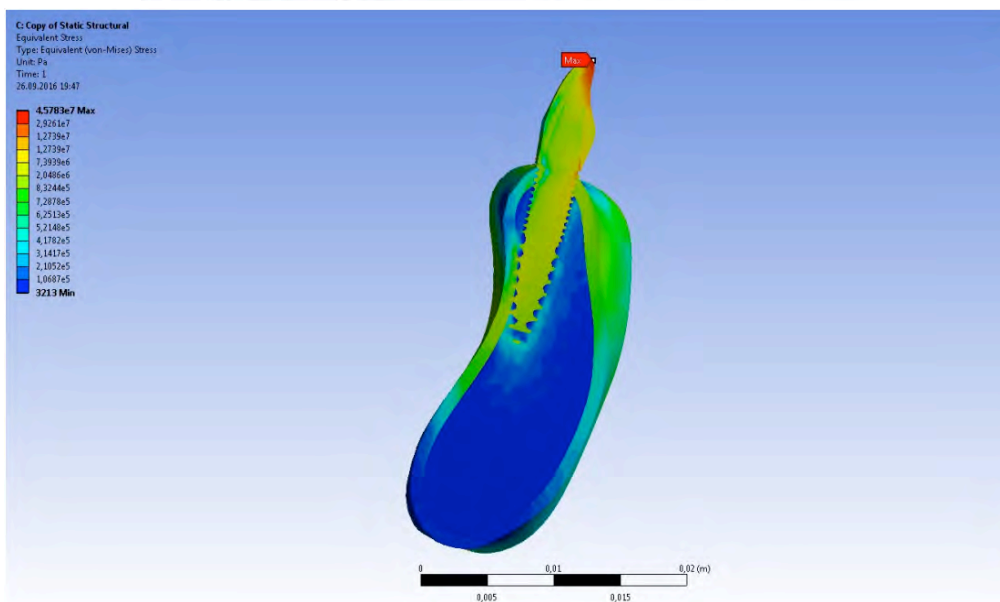
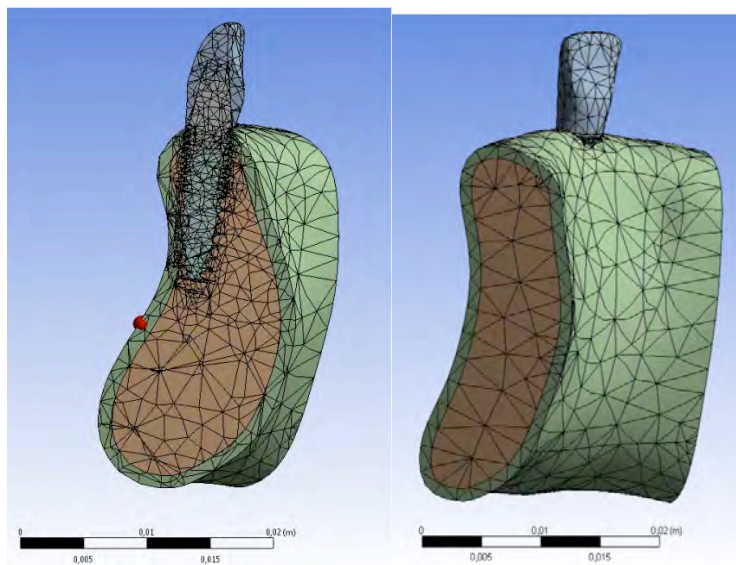
Материалы и методы исследования.

Поставленная задача решалась с применением методов геометрического моделирования и визуализации, механики твердого деформируемого тела, вычислительной математики для решения контактных задач теории упругости и информационных технологий для имитационного моделирования методом конечных элементов (МКЭ) в CAD / CAE системах [3,4,5].

Результаты экспериментов по определению НДС имитационных моделей биомеханических систем разного типа, представляли в виде цветных карт полей

исследуемых функций или векторной графики, применяя специальные инструменты программного комплекса ANSYS, и определяли максимальные значения локальных напряжений и деформаций в зонах их максимальной концентрации.

В ходе анализа полученных данных оценивали жесткостные характеристики каждого типа биомеханической системы по величине максимальных перемещений узлов конечноэлементной модели при воспроизводимых условиях ее силового нагружения, качественно описывали характер распределения напряжений и деформаций, определяли их градиенты, оценивали вид НДСпо параметру Надаи-Лоде.



Вывод:

При применении имплантатов из Smart-циркониевых сплавов деформационная способность биомеханической системы оказывалась больше, чем при применении титановых имплантатов на 12-25% и была ближе к естественным зубам. Напряжения в костной ткани вокруг имплантатов из циркониевых сплавов возрастали на 20-50% за счет уменьшения эффекта «экранирования» напряжений, но ни в одном наблюдении не превышали предельно допустимых значений, что создает оптимальные условия для адаптивной перестройки и ремоделирования кости вокруг имплантата в направлении ее укрепления и увеличения плотности.

Литература:

[1] Влияние легирования гафнием на фазовый состав и модуль упругости сплава IMP-BAZALM Друк.В: сборник трудов "XII Международной научно-технической Уральской школы-семинара металловедов" 14-18 ноября 2011 г. Екатеринбург, УрФУ, 2011 г.с. 250-252 3 Гриб С.В., Илларионов А.Г., Марковский П.Е., Попов А.А., Ивасишин О.М.

[2] Влияние термической обработки и пластической деформации на структуру и модуль упругости биосовместимого сплава на основе циркония и титана Друк. ФММ, 2012, том 113, №4, с. 404-412. Попов А.А., Ивасишин О.М., Илларионов А. Г., Марковский П.Е.

[3] Маланчук В.О. Імітаційне комп'ютерне моделювання в щелепно-лицевій хірургії / В.О. Маланчук, М.Г. Крищук, А.В.Копчак. - К: Видавничий дім „Асканія”, 2013.- 231 с.

[4] Чуйко А.Н. Биомеханика в стоматологии. / А.Н.Чуйко, И.А. Шинчуковский - Х.: Форт, 2010. – 466 с.

[5] Басов К.А. ANSYS: Справочник для пользователя / Басов К.А.- М: ДМК Пресс, 2005. – 640 с.

Мищенко О.Н.

ИЗУЧЕНИЕ ИНТЕГРАЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ С НАНОСТРУКТУРИРОВАННОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ZrO_2 И TiO_2

*Запорожский государственный медицинский университет, кафедра
пропедевтической и хирургической стоматологии*

Успех имплантации основывается на достижении адекватной регенерации тканей переимплантатной зоны, что обеспечивает дальнейшую стабильность и оптимальное функционирование имплантации. Во многом успешная регенерация зависит от природы биоматериала, его поверхности и биомеханических свойств конструкции имплантата. Тем не менее, основным

фактором полноценной интеграции имплантата в организм является способность его поверхности к адсорбции биомакромолекул с дальнейшей адгезией афферентных клеток и формированием ткани, что имеет решающее значение для биосовместимости.

Процесс построения «взаимоотношений» между поверхностью имплантата и клетками ткани реципиента является многогранным. Многие факторы способствуют построению ответа организма на инвазию биоматериала. Различные типы клеток и молекул, составляющих «принимающую» ткань вынуждены адаптироваться к химическому составу, геометрии, и текстуре поверхности имплантата. Микрогеометрия поверхности значительно влияет на форму, ориентацию и характеристики роста клеток реципиентной зоны.

Известно, что гладкая поверхность имплантата способствует развитию фиброзной инкапсуляции, что ухудшает интеграцию имплантата.

Поверхность имплантата с различной степенью шероховатости применяют для лучшей стабилизации в костной ткани. Клетки костного формирования эффективнее адаптируются на сложных поверхностях, в то время как фибробласты предпочитают гладкую. (1-13).

Некоторые данные свидетельствуют, что текстура поверхности влияет на клеточные ответы биологических медиаторов и дифференциацию клеток. (14,15).

В любом случае, интерфейс поверхности, не соответствующий «требованиям» тех или иных клеточных структур, может привести к случайной ориентации клеток, что станет причиной отсутствия требуемых реакций в переимплантатной зоне.

Цель работы: Изучение взаимодействия мягких тканей с поверхностью сплавов ZrO_2 и TiO_2 , модифицированной методом лазерной абляции, после подкожной имплантации.

Материалы и методы: 36 лабораторных крыс, в возрасте 8-9 месяцев, были рандомизированы в 3 серии – контроль и 2 экспериментальных серии. Животных содержали в виварии при температуре 22 ± 2^0 C со сменой циклов день/ночь в режиме 12/12 часов. Пищу и воду животные получали по желанию. Содержание животных и проведение эксперимента соответствовало директиве 2010/63 / ЕС Европейского парламента и Совета от 22 сентября 2010 года о защите животных, используемых для научных целей.

Процедура имплантации: После общей анестезии (кетамин, 10 мг на 1 кг массы животного) и катетеризации периферической вены мы брили спину животных в межлопаточной области. Операционное поле обрабатывали раствором 70% этанола, после чего проводили продольный разрез. Разделяли

подкожные ткани выше левой лопатки и помещали трансплантат (диаметром 5 и толщиной 1 мм.) под кожу на расстоянии 1,0 см от разреза. Перед имплантацией все трансплантаты стерилизовали в 70% этаноле в течение 30 мин. Рана закрывалась швами и накладывалась асептическая повязка.

После операции все животные содержались в отдельных клетках для предотвращения дополнительного травматизма. Животные были выведены из эксперимента путем передозировки наркоза (кетамин 70 мг, на 1 кг массы животного) через 10 дней после имплантации.

Для изучения образцов использовалась сканирующая электронная микроскопия.

Для анализа результатов эксперимента мы использовали следующий алгоритм:

1. Наличие клеток и волокон на поверхности образца и их распределение;
2. Количество клеток на 1 мм^2 поверхности образца;
3. Размер волокон.

Выводы:

1. Изменение размера шероховатости поверхности сплава в диапазоне от 50 до 300 нм позволяет увеличить плотность фибробластов на единицу площади после 10 дней подкожной имплантации. При этом поверхность немодифицированных сплавов свободна от клеточных и фибриллярных структур.

2. Формирование на наноструктурированной поверхности образцов фибриллярных структур толщиной до 20-30 мкм доказывает возможность соединительнотканной интеграции с поверхностью оксидной пленки материала.

Литература:

1. Albrektsson T, Hansson HA, Ivarsson B. Interface analysis of titanium and zirconium bone implants. *Biomaterials* 1985; 6:97–101.
2. Albrektsson T, Hansson HA. An ultrastructural characterization of the interface between bone and sputtered titanium or stainless steel surfaces. *Biomaterials* 1986;7:201–205.
3. Albrektsson T, Wennerberg A. Oral implant surfaces: Part 1—review focusing on topographic and chemical properties of different surfaces and in vivo responses to them. *Int J Prosthodont* 2004;17:536–543.
4. Albrektsson T, Wennerberg A. The impact of oral implants—Past and future, 1966–2042. *J Can Dent Assoc* 2005;71:327.
5. Buser D, Schenk RK, Steinemann S, Fiorellini JP, Fox CH, Stich H. Influence of surface characteristics on bone integration of titanium implants. A histomorphometric study in miniature pigs. *J Biomed Mater Res* 1991;25:889–902.

6. Haddad RJ Jr, Cook SD, Thomas KA. Biological fixation of porous-coated implants. *J Bone Joint Surg Am* 1987;69:1459–1466.
7. Linder L, Carlsson A, Marsal L, Bjursten LM, Branemark PI. Clinical aspects of osseointegration in joint replacement. A histological study of titanium implants. *J Bone Joint Surg Br* 1988;70:550–555.
8. Ricci JL, Gona AG, Alexander H. In vitro tendon cell growth rates on a synthetic fiber scaffold material and on standard culture plates. *J Biomed Mater Res* 1991;25:651–666.
9. Thomas KA, Kay JF, Cook SD, Jarcho M. The effect of surface macrotecture and hydroxylapatite coating on the mechanical strengths and histologic profiles of titanium implant materials. *J Biomed Mater Res* 1987;21:1395–1414.
10. Schwartz Z, Nasazky E, Boyan BD. Surface microtopography regulates osteointegration: The role of implant surface microtopography in osteointegration. *Alpha Omegan* 2005;98:9–19.
11. Wennerberg A, Hallgren C, Johansson C, Danelli S. A histomorphometric evaluation of screw-shaped implants each prepared with two surface roughnesses. *Clin Oral Implants Res* 1998;9:11–19.
12. Zhao G, Schwartz Z, Wieland M, Rupp F, Geis-Gerstorfer J, Cochran DL, Boyan BD. High surface energy enhances cell response to titanium substrate microstructure. *J Biomed Mater Res A* 2005;74:49–58.
13. Zinger O, Zhao G, Schwartz Z, Simpson J, Wieland M, Landolt D, Boyan B. Differential regulation of osteoblasts by substrate microstructural features. *Biomaterials* 2005;26: 1837–1847.
14. Batzer R, Liu Y, Cochran DL, Szmuckler-Moncler S, Dean DD, Boyan BD, Schwartz Z. Prostaglandins mediate the effects of titanium surface roughness on MG63 osteoblastlike cells and alter cell responsiveness to 1 alpha,25- (OH)₂D₃. *J Biomed Mater Res* 1998;41:489–496.
15. Kieswetter K, Schwartz Z, Hummert TW, Cochran DL, Simpson J, Dean DD, Boyan BD. Surface roughness modulates the local production of growth factors and cytokines by osteoblast- like MG-63 cells. *J Biomed Mater Res* 1996;32:55–63.

Новіков В.М¹., Березій² М.В.

МЕТОДИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО КОНСТРУЮВАННЯ ОКЛЮЗІЙНИХ ПЛОЩИН В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ

¹Українська медична стоматологічна академія, кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією.

²Запорізький державний медичний університет, кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології.

Актуальність проблеми. Захворювання скронево-нижньощелепного суглобу зустрічаються досить часто і діагностуються в 20-80% стоматологічних хворих. У сучасній стоматології існує велика доказова база, що пояснює наявність взаємозв'язку міжскелетними параметрами, м'язовим тонусом, оклюзією, артикуляцією і скронево-нижньощелепними розладами. Широка розповсюдженість, поліморфізм, труднощі діагностики та лікування ставлять захворювання СНЩС у ряд важливих проблем здоров'я населення. Тому вирішення питань реконструкції штучних зубних рядів є актуальним і вибрано нами в якості предмета дослідження.

Метою нашої роботи було вдосконалення методики ортопедичного лікування пацієнтів з оклюзійно-артикуляційним синдромом.

Об'єктом дослідження було обрано пацієнтів із захворюваннями скронево-нижньощелепного суглобу оклюзійно-артикуляційного генезу.

Предметом дослідження обрано визначення терапевтичного співвідношення щелеп на етапі перебудови міотатичного рефлексу.

До нас звернулася пацієнтка з метою лікування дисфункції СНЩС якій було виготовлено тимчасову накушувальну шину мічиганського університету за Ramfjord, Ash. Мета цього етапу - міорелаксація, створення умов для поліпшення співвідношень елементів суглобів, елімінація больового синдрому, визначення просторового положення та утримання терапевтичної позиції нижньої щелепи.

Повні анатомічні двошарові відбитки знято еластичним силіконовим матеріалом "Consiflex" виробництва України, м.Харків. Для запису індивідуальних протетичних площин було виготовлено накусувальні шаблони з воск-абразивними пластинками, що армовані алюмінієвою фольгою. Запис проводився за класичною методикою Катца-Ефрона-Гельфанда.

У пацієнтки перевірили центральну оклюзію та вивірили типові оклюзійні співвідношення, характерні для ортогнатичного прикусу.

Радикальні реставраційні конструкції за індивідуальними протетичними кривими було прийнято рішення виготовити з матеріалу РММА з використанням системи CAD/CAM.

Для досягнення оптимального співвідношення з зубами-антагоністами в центральній та бічній оклюзіях була побудована віртуальна модель майбутньої конструкції з використанням віртуального артикулятора.

Фрезерування реставраційних конструкцій з матеріалу РММА дозволить точно припасувати їх в порожнині рота і здійснити мінімальну оклюзійну корекцію зі збереженням анатомічної форми зубів і функціональних напрямних.

Виводи. В ході проведених досліджень нами було встановлено, що використання генеричного методу при побудові оклюзійних площин дозволяє враховувати особливості кожного пацієнта, таким чином попереджуючи можливі артикуляційні порушення, а також забезпечує гармонійну взаємодію оклюзійних поверхонь зубних рядів та скронево-нижньощелепного суглобу.

Отримані результати допомагають при плануванні корекції з урахуванням індивідуальних параметрів краніомандібулярної системи:

- висоти прикусу за досягнення правильної артикуляції;
- нахилу оклюзійної площини;
- групового оклюзійного ведення.

Даний метод дає можливість підвищити не лише якість діагностики оклюзійних порушень і м'язово-суглобових дисфункцій, а також функціональну і естетичну якість виготовлених ортопедичних конструкцій

Рябоконт Е. Н., Стеблянкo Л. В., Баглык Т. В., Катурова Г.Ф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОПРЕПАРАТА И ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

*Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра терапевтической стоматологии*

lvs.kh@bk.ru

Препараты растительного происхождения занимают значительный удельный вес в арсенале средств для лечения заболеваний пародонта. [Фитокомпозиция «Фауцидол»](#) («Леккос», Украина) является комплексным препаратом с антисептическим, противовоспалительным и ранозаживляющим действием.

За годы практического использования светотерапии лазеры также нашли широкое применение в лечении и профилактике многих стоматологических заболеваний. Низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) стимулирует

кровообращение в области воздействия, оказывает тромболитическое, обезболивающее, бактерицидное и бактериостатическое действие, снижает выраженность воспалительного процесса.

Целью исследования явилось изучение эффективности бальзама-спрея на основе фитокомплекса «Фауцидол» в сочетании с воздействием НИЛИ при лечении пациентов с генерализованным пародонтитом.

Объекты и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 27 пациентов в возрасте 19-47 лет с диагнозом генерализованный пародонтит, хроническое течение, начальная - I степень тяжести (ГПХТ Н - I), распределённые на две равнопредставленные по полу и возрасту группы. В I группу включили 13 пациентов, которым применяли в комплексном лечении ГПХТ Н - I бальзам-спрей «Фауцидол», II группу составили 14 пациентов, которым применяли бальзам-спрей «Фауцидол» в сочетании НИЛИ.

Обследование всех больных проводили традиционными клиническими методами. До начала процедур и через 7 дней после лечения больным был проведен стоматологический осмотр с целью определения состояния тканей пародонта по индексам: ИГ по методу Грина-Вермильона (1964), РМА (С. Парма, 1960), ПИ (Russel, 1956), индекса кровоточивости (ИК) десневой борозды (SBI) по Мюлеманну и Сону (1971), изучены ортопантограммы. Эффективность лечения оценивали по формуле индекса эффективности Улитовского (ИЭФЛУ). Лечение выполняли согласно «Протоколам оказания стоматологической помощи». Пациентам I группы применяли бальзам-спрей «Фауцидол» местно путем орошения десен в количестве 3 распылений. Пациентам II группы после аналогичного орошения десен препаратом «Фауцидол» на ткани пародонта воздействовали НИЛИ с длиной волны 658 нм. Воздействие проводилось по сканирующей методике через стоматологическую рассеивающую насадку, суммарной дозой за сеанс $1,1 \text{ Дж/см}^2$, экспозиция 6 минут, курс лечения 5-7сеансов.

В домашних условиях пациенты I и II групп проводили по 3 орошения «Фауцидолом» 3 - 4 раза в сутки, а также дополнительно с этим же раствором выполняли массаж десен в течение 3 минут.

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке исходного статуса пациенты отмечали кровоточивость десен при чистке зубов и приеме твердой пищи, а также неприятный запах изо рта. У всех больных отмечалась неудовлетворительная гигиена полости рта (ИГ по Грину-Вермильону составил $2,1 \pm 0,37$ и $2,2 \pm 0,33$ у пациентов I и II групп соответственно).

Анализ результатов показал, что у пациентов II группы после применения «Фауцидола» ИК снизился в 2 раза, а индекс РМА - почти в 3 раза,

ПИ уменьшился в 2,5 раза, индекс ЭФЛУ составил 69,2%. У пациентов I группы ИК по сравнению с исходными данными снизился в 1,8 раза, индекс РМА снизился в 1,9 раза, ПИ- в 1,7 раза. Индекс ЭФЛУ составил 60,6%.

Таким образом, полученные результаты позволяют рекомендовать бальзам-спрей "Фауцидол" для местного применения как в виде орошений полости рта, так и в сочетании с НИЛИ в комплексном лечении заболеваний пародонта.

Смирнов А.С.

СОВРЕМЕННЫЕ КОНСТРУКЦИИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

ООО «Проекция», Radix

alex@radix.ru

Актуальность. Дентальные имплантаты широко применяются в стоматологической практике. Ежегодно, согласно оценкам StraumannInstitute, в мире устанавливается 1-2 миллиона имплантатов. Имплантат, как и любое изделие из металла, может сломаться в процессе своего функционирования. Так по разным источникам доля переломов имплантатов в течение 15-летнего функционирования может достигать 5%.

Если изучать причины переломов имплантатов и их компонентов, то основными являются дефекты материала или конструкции имплантата, неплотный контакт имплантата и протеза, биомеханическая или физиологическая перегрузка. Поэтому выбор материала для производства имплантатов является важным фактором, определяющим его долгосрочное функционирование.

В последние годы большое количество производителей начали изготавливать дентальные имплантаты из титана сорта Grade 5 ELI. Эта марка титана отличается более высокими прочностными характеристиками по сравнению с титаном Grade 4, который традиционно использовался в имплантологии на протяжении десятилетий. Но при этом сорт Grade 5 ELI содержит в качестве легирующего элемента ванадий (до 5,3%), обладающий токсическим действием. Одним из способов решения проблемы с загрязненностью поверхности имплантата ванадием и другими химическими элементами является ее модификация с целью создания барьерного слоя между металлом и живыми тканями. Главные требования к таким покрытиям – биосовместимость и высокая адгезия к основе. Биосовместимый слой может быть сформирован оксидами титана различного стехиометрического состава.

Еще одной существенной причиной неудач при протезировании на имплантатах является использование в одной ортопедической конструкции

компонентов (абатментов, винтов) от разных производителей, которые заявляют о совместимости по платформе. Из-за недостаточной конгруэнтности этих компонентов возможны переломы винтов и ортопедических конструкций.

Цель исследования. Изучить возможность формирования защитного оксидного слоя на поверхности имплантатов при помощи электрохимического оксидирования. Исследовать геометрические размеры посадочной платформы абатментов и имплантатов различных систем, декларирующих совместимость с платформой Zimmer (внутренний шестигранник 2,43 мм)

Материалы и методы. Изучение защитных свойств оксидного слоя титана проводилось на винтовых имплантатах Radix (Беларусь), изготовленных из титана Grade 5 ELI. Поверхность имплантатов обрабатывались согласно стандартному протоколу производства, включая пескоструйную обработку и химическое травление. В дальнейшем образцы подвергались электрохимическому оксидированию при токе 50-70 В в растворах фосфорной и азотной кислот. Оценка толщины и морфологии оксида проводилась при помощи электронной микроскопии металлографических шлифов. Химический состав поверхностного слоя имплантатов изучался посредством рентгеновской фотоэлектронной спектроскопии.

Изучение геометрических размеров посадочных платформ абатментов и имплантатов производилось на компонентах систем MIS, AlphaBio, Addin, AlphaDent, Biomed. Исследование проводилось на промышленном измерительном микроскопе MitutoyoTM-500.

Результаты. Нами предполагалось, что увеличение толщины оксидного слоя приведет к снижению количества легирующих элементов, в частности, ванадия и алюминия на поверхности имплантатов. Именно это и произошло.

Относительное содержание элементов в поверхностном слое образцов (в атомарных %) приведено в таблице 1. Глубина анализа составляет 2-3 нм.

Таблица 1.

Элементный состав поверхности титановых образцов.

Образец	Элементный состав, ат.%			
	Ti	Al	V	O
Исходный	16,2	8,6	0,9	74,3
Пескоструйка	6,2	22,9	0	70,9
Хим.травление	13,7	9,1	0,5	76,7
Оксидирование	19,9	0	<0,1	79,8

Результаты измерения размеров абатментов представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Размеры абатментов различных систем со «стандартной платформой»

Параметр	Значения
Размер шестигранника абатмента, мм	2,40 – 2,43
Высота шестигранника, мм	0,92 – 1,60
Посадочный конус абатмента, градусов	89°30' - 96°50'
Высота посадочного конуса	0,25 – 0,48

Проведенные измерения показали, что если по шестиграннику у разных производителей размер еще как-то выдерживается (три сотых миллиметра), то значения размера посадочного конуса сильно различаются (больше 6 градусов). Поэтому, если использовать абатменты и имплантаты от разных производителей, посадка абатмента и его неподвижность будет обеспечиваться только за счет фиксирующего винта, а не за счет соответствия геометрии.

Заключение. Проведенное исследование показало, что электрохимическое окисление имплантата значительно снижает количество ванадия и других нежелательных химических элементов на его поверхности. Целесообразно применять этот метод для обработки имплантатов, изготовленных из титана сорта Grade 5 и Grade 5 ELI.

Обнаружено различия в геометрических размерах «стандартной платформы» между разными системами. Мы считаем, что использование при протезировании компонентов и имплантатов от разных производителей в расчете на «стандартную платформу» может приводить к подвижности абатмента, и как следствие его перелому, либо перелому фиксирующего винта.

Сміянов Ю.В.

РОЗПОДІЛ ЖУВАЛЬНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ТВЕРДИХ ТКАНИНАХ ЗУБІВ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ ФОРМУВАННЯ ЕМАЛЕВОГО КРАЮ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН І КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ

Сумський державний університет, кафедра стоматології

sumystom@gmail.com

Актуальність. В процесі препарування і реставрації зубів виникає ряд проблем, які погіршують умови утримання відновлювального матеріалу в каріозних порожнинах і призводять до скорочення строків експлуатації реставрацій. Однією з цих проблем є вторинний карієс зубів. Його виникнення можливе при порушенні крайової адаптації пломб внаслідок властивостей відновлювального матеріалу, полімеризаційного стресу, його усадки та модуля

пружності, значення коефіцієнта конфігурації каріозних порожнини. Ймовірно, що і формування краю каріозної порожнини також впливає на розвиток вторинного карієсу. В доступних публікаціях відомості щодо особливостей розподілу навантаження в тканинах зуба з різним дизайном емалевого краю в каріозних порожнинах I класу суперечливі.

Мета дослідження. Визначити вектор розподілу жувального навантаження в емалі зубів при різних варіантах формування краю каріозних порожнини I класу за Блеком.

Матеріали і методи. Будували моделі каріозних порожнин I класу з різним дизайном емалевого краю. В моделях першої групи скосу емалі не відтворювали, краї порожнини були прямовисними. В другій групі формували зовнішній фальц в емалі під кутом 10° , 20° , 45° та 60° . Третя група порожнин була представлена з внутрішнім фальцем емалі. Графічно-розрахунковим методом визначали вектор розподілу навантаження від реставрації на емалеві призми.

Результати та обговорення. В інтактному зубі перший механічний вплив приймає на себе емаль. При будь-якому навантаженні в зубощелепній системі включаються механізми його сприйняття і перерозподілу. Навантаження передається від кристалів гідроксиапатиту емалі на саму призму, потім через дентино-емалеву межу на дентин коронки і кореня зуба, цемент кореня, періодонт і кісткові структури щелеп. Емалеві призми поверхневого шару, що лежать уздовж поверхні емалі, вже частково розподіляють навантаження горизонтально. Далі частину навантаження поглинають вертикально розташовані емалеві призми, а у внутрішньої поверхні емалі призми знову «лягають» горизонтально, перерозподіляючи навантаження уздовж емалево-дентинного з'єднання.

В каріозній порожнини із сформованим емалевим краєм у вигляді внутрішнього фальцу реставраційний матеріал контактує з призмами по їх бічній поверхні, навантаження передається на тіло призм, в яких кристали гідроксиапатиту орієнтовані практично перпендикулярно до нього, вони не повною мірою беруть участь в розсіюванні навантаження. В даному випадку вся його концентрація виникає саме в зоні контакту бічної поверхні призми з пломбувальним матеріалом.

Якщо край емалі сформований з зовнішнім фальцем під кутом 10° і 20° , то одноосьове оклюзійне навантаження на пломбувальний матеріал розподіляється частково тангенціально до призми і частково поздовжньо.

У разі поперечного перетину призми або близького до нього, коли формується емалевий край з зовнішнім фальцем під кутом 45° та 60° ,

навантаження передає свою енергію по вісі призми і перерозподіляється спочатку на орієнтовані уздовж кристали гідроксиапатиту, потім на кристаліти бічної поверхні і міжпризматичні простори.

Висновки. Таким чином, найбільш сприятливий розподіл навантаження на емаль зубів виникає при формуванні в ній фальцу, особливо під кутом 45° та 60°.

Перспективи подальших досліджень. Різний дизайн краю каріозної порожнини впливає на розподіл навантаження з реставрації на емалеві призми і, таким чином, може визначати стан маргінальної адаптації. Тому виникає необхідність дослідити щільність прилягання пломбувального матеріалу до країв каріозної порожнини за умов їх формування різного дизайну.

Токар О.М., Батіг В.М.

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРАЦІВНИКІВ ПІДПРИЄМСТВА ПЕРВИННОЇ ДЕРЕВООБРОБНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра терапевтичної стоматології

olja-soltis@rambler.ru

Актуальність. Сьогодні розповсюдженість стоматологічних захворювань серед працівників, які в процесі професійної діяльності мають контакт з несприятливими чинниками виробничого середовища, є досить великою та має постійну тенденцію до зростання. Серед усіх шкідливих чинників виробничого середовища на підприємстві первинної деревообробної промисловості в першу чергу привертає увагу шум та вібрація від роботи обладнання, оскільки їх рівень майже вдвічі перевищує допустимі норми. Неодноразово доведений негативний вплив шуму і вібрації виробничого середовища на організм працівників в цілому та на тканини ротової порожнини зокрема.

Дотримання високого рівня гігієни ротової порожнини дозволяє значно знизити поширеність або полегшити перебіг стоматологічних захворювань серед працівників підприємства первинної деревообробної промисловості.

Мета дослідження: покращення рівня гігієни ротової порожнини та зменшення рівня стоматологічної захворюваності працівників підприємства первинної деревообробної промисловості.

Матеріали і методи. Для оцінки гігієнічного статусу ротової порожнини було проведено обстеження 40 працівників підприємства первинної деревообробної промисловості ДП «Сторожинецький лісгосп», що мають безпосередній тривалий контакт з шкідливими факторами виробничого середовища. Для визначення залежності від тривалості контакту з

несприятливими чинниками на підприємстві усі обстежувані працівники були розділені на три групи залежно від віку та стажу роботи. До I групи віднесли 9 працівників зі стажем роботи до 10 років, до II – 27 працівників - до 25 років стажу, до III – 4 працівники зі стажем більше 25 років. Для кількісної та якісної оцінки рівня гігієни ротової порожнини були використані наступні індекси спрощений гігієнічний індекс Green-Vermillion (індекс ОНІ-S), що передбачає індикацію зубного нальоту (Debris-index) та зубного каменю (Calculus-index) на вестибулярних та оральних поверхнях шляхом зафарбовування йодовмісним розчином Шиллера-Писарева, індекс API (Lange D.E., Plagmann H.) для виявлення зубного нальоту на апроксимальних поверхнях.

Результати дослідження. Нами було встановлено, що в середньому індекс Green-Vermillion (ОНІ-S) працівників підприємства первинної деревообробної промисловості становить 2,5 в цілому, і по групах: I досліджувана група – 1,6; II група спостереження – 2,7; III група – 3,2. Таким чином рівень гігієни в загальному у працівників підприємства первинної деревообробної промисловості незадовільний, відповідно I група – задовільний рівень гігієни, II і III – поганий.

Індекс API в цілому становить 80,2%, по групах відповідно 75%, 81,4%, 84,2%. Таким чином за індексом API (Lange D.E., Plagmann H.) рівень гігієни як в загальному серед працівників підприємства первинної деревообробної промисловості, так і в кожній групі незадовільний.

Висновки. Враховуючи вище зазначені показники, встановили, що рівень гігієни ротової порожнини серед працівників підприємства первинної деревообробної промисловості незадовільний і обернено пропорційний до стажу роботи, тобто знижується при збільшенні тривалості контакту робітника з шкідливими факторами виробництва.

Подальшими перспективами даного дослідження є розробка та впровадження індивідуальних схем профілактики стоматологічних захворювань шляхом підвищення рівня гігієни ротової порожнини у працівників підприємства первинної деревообробної промисловості.

Ушакова В.В., Гавриленко М.А.

РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В М. ЗАПОРІЖЖЯ

Дитяче населення міста Запоріжжя має дуже високий відсоток захворюваності зубів на карієс, особливо це стосується дітей зі змінним прикусом, віком від 6 до 10 років.

Діти 1-4 класів знаходяться у групі ризику розвитку стоматологічних захворювань. Саме гігієна порожнини рота, розуміння необхідності чищення зубів є основним профілактичним заходом.

Департамент охорони здоров'я Запорізької міської ради виступив з ініціативою провести профілактичний захід з популяризації знань по гігієні порожнини рота серед учнів 1-4 класів шкіл м. Запоріжжя, залучивши до заходу дитячих стоматологів міста, студентів Запорізького державного медичного університету, Асоціацію стоматологів Запорізької області.

Спільно з кафедрою терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького, департаментом охорони здоров'я Запорізької міської ради, АСУ Запорізької області в 2016 році, на протязі місяця, було проведено санітарно-просвітницький захід по профілактиці стоматологічних захворювань у дітей в організованих колективах.

Місячник проводився в кожній школі, кожного району міста і стартував 15 листопада 2016 року.

Учасники заходу розповідали про будову зубів, доступно пояснювали причини виникнення карієсу, навчали правилам гігієни порожнини рота на прикладі навчальних «мультиків» про методику чищення зубів.

Всього за період проведення місячнику було охоплено 28 600 дітей із 109 шкіл м. Запоріжжя. Таку роботу було проведено вперше в м. Запоріжжі.

І як виявилось, вперше в Україні охоплено санітарно-просвітницькою роботою з профілактики стоматологічних захворювань 28 600 дітей в організованих колективах одного міста.

Фастовець О. О., Глазков О. О.

ВІДПОВІДНІСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ РІВНЮ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
кафедра ортопедичної стоматології*

503@dsma.dp.ua

Актуальність. Традиційно обстеження пацієнта в клініці ортопедичної стоматології здійснюється з позицій функції та естетики, що передбачає визначення жувальної ефективності, оцінку якості протезування, тощо. Одночасно відомо, що особи різного віку, статі і соціального положення вважають найбільш важливими різні аспекти стоматологічного здоров'я. Звідси, при одній тій самій клінічній картині може бути потрібний різний обсяг ортопедичного втручання для того, щоб здійснене лікування відповідало очікуванням пацієнтів. Більш точне розуміння порушень стану здоров'я можливе з впровадженням в стоматологічну практику індексів якісної оцінки життя, основану на суб'єктивній оцінці самого хворого.

Отже, **мета представленого дослідження** – визначити відповідність даних об'єктивної оцінки стоматологічного статусу рівню якості життя пацієнтів, що звернулись за спеціалізованою (ортопедичною) допомогою.

Матеріали та методи. Нами обстежено 478 пацієнтів віком від 18 до 80 років, що звернулись на кафедру ортопедичної стоматології, з метою протезування дефектів зубних рядів. Серед обстежених дещо переважали жінки, відсоток яких склав 55,0%. Частка осіб віком до 44 років склала 23,8%; 45-59 років – 44,8%; 60-74 років – 22,6%, старше 75 років – 8,8%. Дослідження хворих, окрім обстеження із використанням загальноприйнятих основних та додаткових методів, включало анкетування за опитувальником ОНІР-14. Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики із застосуванням MS Excel 2003.

Результати та обговорення. Нами встановлена 100% розповсюдженість карієсу серед зазначеного контингенту, при цьому санація ротової порожнини була проведена лише у 57,0%. Некаріозні ураження зубів діагностувались у 17,5% осіб віком до 45 років проти 35,0% для вікової групи 45-59 років та 41,7% – у віці 60-74 роки. Стан тканин пародонта був достовірно гірший у осіб старших вікових груп, патологічні зміни в яких зареєстровані майже в 100 % спостережень, порівняно з особами молодого віку, в яких частка захворювань пародонта склала 26,3%. У обстежених хворих переважали часткові дефекти зубнихрядів, розповсюдженість яких склала 72,2%. При цьому у віці до 45 років превалювали малі дефекти зубного ряду (65,8%), у віковій групі 45-59 – середні

(54,2%), а у осіб віком 60-74 – великі (37,0%). Повні дефекти зубних рядів зареєстровані у 33,1% спостережень: вони зустрічались у осіб віком старше 60 років. Різниця в частці випадків заміщення дефектів зубних рядів достовірна для вікових груп до 45 років та 45-59 років ($8,8 \pm 1,7\%$ проти $63,0 \pm 2,2\%$, $p < 0,05$). Для вікових груп 60-74 роки та старше 75 років зубне протезування було здійснено у 100% пацієнтів.

В свою чергу, за результатами анкетування рівень життя визначався як добрий у $67,0 \pm 2,1\%$ випадків, задовільний – $20,0 \pm 1,8\%$, незадовільний – $13,0 \pm 1,5\%$. Найкращі показники отримані для вікової групи до 45 років, найгірші – для осіб віком 60-74 роки ($p < 0,05$). Згідно результатів проведеного нами кореляційно-регресійного аналізу виявлено прямий, середній за силою, зв'язок між даними об'єктивного обстеження та встановленим рівнем якості життя ($r = 0,58$, $p < 0,05$). При цьому, найбільш сильний кореляційний зв'язок розрахований для бальної оцінки особливостей відтворення функції ($r = 0,68$, $p < 0,05$), дещо нижчий – для питань, пов'язаних з психологічними аспектами ($r = 0,48$, $p < 0,05$) та найменший – щодо соціальної складової рівня якості життя ($r = 0,40$, $p < 0,05$). Менш виражені залежності спостерігаються у віковій групі до 45 років, найбільш виражені – у осіб віком старше 75 років ($p > 0,05$). Статеві відмінності впливу стоматологічних захворювань на рівень якості життя відсутні ($p > 0,05$).

Висновки. Проведене дослідження довело значний рівень відповідності даних об'єктивної оцінки стоматологічного статусу рівню якості життя хворих з дефектами зубних рядів. Відповідно їх неузгодженість вказує на ризик виникнення конфліктних ситуацій, що потребує превентивних заходів при плануванні ортопедичного лікування.

Фастовець О. О., Малиновський В. Г.

ПОШУК ШЛЯХІВ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

Кафедра ортопедичної стоматології

503@dsma.dp.ua

Актуальність. Попри стрімкий розвиток сучасних методів та технологій, ортопедичне лікування генералізованого пародонтиту, як і раніш, залишається складним та, на жаль, недостатньо ефективним.

В зв'язку з вищезазначеним, для пошуку можливих шляхів вирішення проблеми, нами було проведено дослідження, **мета** якого – оцінити якість

ортопедичного лікування пацієнтів з генералізованим пародонтитом з позицій функціональної динамічної оклюзії.

Матеріали та методи. В рамках роботи обстежено 64 хворих із генералізованим пародонтитом I-II ступеня тяжкості, хронічний перебіг, віком 35-45 років. Серед обстеженого контингенту хворих дещо переважали чоловіки, кількість яких складала 54,7%. Серед пацієнтів, що були включені в дослідження, більшість мала дефекти зубних рядів (54,7%). Попереднє лікування відібраних хворих проводилось в різних лікувальних закладах області (державних та приватних) у термін від 6 місяців до 2 років. Аналіз якості лікування, що здійснено, проводили згідно протоколів надання стоматологічної допомоги, затверджених МОЗ України.

В свою чергу, оцінку відтворення функціональної оклюзії проводили за допомогою апарату «T-Scan III» фірми «Tekscan» (США) для різних видів змикання зубних рядів.

При застосуванні методики T-Scan ознаками фізіологічної оклюзії вважали відсутність контактів, зафарбованих в червоний та рожевий кольори; присутність множинних контактів, переважно синього кольору, рівномірно розподілених по всьому зубному ряду; відсутність значної різниці по силі між множинними контактами синього та контактами інших кольорів (за виключенням червоних і рожевих); рівномірність відсоткового навантаження між зубами-антагоністами праворуч та ліворуч відносно центральної лінії; відносну прямолінійність вектору сумарного навантаження, що повинен починатися у фронтальній ділянці і закінчуватися в центрі середньої третини твердого піднебіння.

Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики із застосуванням MS Excel 2003.

Результати та обговорення. Комп'ютерний аналіз оклюзії дозволив діагностувати супраконтакти у 100% хворих. При цьому поодинокі одnobічні супраконтакти виявлено у $18,8 \pm 4,9\%$ спостережень, поодинокі двобічні – у $31,2 \pm 5,8\%$, множинні супраконтакти – у $50,0 \pm 6,3\%$.

Згідно даних T-Scan лише у $15,6 \pm 4,5\%$ пацієнтів спостерігалась оклюзійна рівновага, яка наближувалась до 50% – 50%. Прийнятний баланс 60% – 40% відзначався у $18,8 \pm 4,9\%$. Тоді як у решти $65,6 \pm 5,9\%$ реєструвався оклюзійний дисбаланс, що призводив до функціонального перевантаження зубів на відповідній стороні щелеп. Найбільш часто підвищення оклюзійного тиску спостерігалось для правої сторони щелеп ($57,8 \pm 6,2\%$; $p > 0,05$). У $37,5 \pm 6,0\%$ хворих були виявлені гіпербалансуючі контакти, наявність яких пояснюється, зокрема, виявленими деформаціями зубних рядів.

Внаслідок зазначених оклюзійних розладів у $39,0 \pm 6,1\%$ дослідних спостерігались порушення фізіологічної траєкторії сумарного вектору оклюзійного навантаження.

Зазначимо, що клінічно ділянки функціонального перевантаження визначались у вигляді фасеток надмірного стирання, формуванням площинних оклюзійних контактів. На рентгенограмі у цих ділянках більш інтенсивно перебігали резорбтивні процеси в кістковій тканині.

Висновки. Отримані результати свідчать про складність відтворення функціональної оклюзії при ортопедичному лікуванні хворих на генералізований пародонтит, що вказує на необхідність оклюзійної діагностики як можливого шляху покращення ефективності лікування захворювання.

Филон А.Н., Чертов С.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ПЛАЗМОЛИФТИНГА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра хирургической и протезной стоматологии

Актуальность. Хронический генерализованный пародонтит является достаточно распространенной патологией среди стоматологических заболеваний. Лица, подверженные этому заболеванию, могут быть различных возрастных категорий. Генерализованный пародонтит является одной из наиболее сложных и до конца еще нерешенных проблем клинической стоматологии, поскольку в 5-6 раз чаще, чем кариес, приводит к частичной и полной вторичной адентии, а длительное персистирование инфекции в пародонтальных карманах является фактором риска развития ревматоидного артрита, инфекционного эндокардита, атеросклероза, инфаркта миокарда, инсульта и др. Остро стоит вопрос в определении тактики лечения, которая даст длительный и стабильный положительный результат.

Цель исследования. Подтвердить эффективность применения обогащенного тромбоцитарного концентрата (PRGF) для лечения и регенерации тканей пародонта.

Материалы и методы исследования. Обследование и лечение пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом проводилось в «Стоматологической клинике Сергея Чертова», г. Запорожье.

Группу исследования составили 40 проинформированных пациентов (22 мужчин и 18 женщин), возрастом от 33 до 68 лет.

PRGFприготовили из объема крови (20мл), взятого из периферической вены, при использовании цитрата натрия как антикоагулянта (цитратные пробирки системы PRGF). Пробирки центрифугировали для отделения плазмы от эритроцитарной массы (центрифуга MICROmed). Слой плазмы отделяли согласно протокола PRGF-Endoret.

Обследование пациентов проводили общепринятыми клиническими методами, а результаты вносили в стандартную медицинскую карту стоматологического пациента (форма №043/80). В возрастной группе 50-59 лет составляет 43% - 17 человек. В возрастной группе 40-49 лет было 12 человек, и это составило 30% от общего числа пациентов. В возрастной группе 60 лет и выше было 8 человек, что составило 20%, в группе 30-39 было 3 человека, что составило 7%.

Все пациенты были разделены на две группы. В первой (основной) группе было 20 пациентов, которым проводили лечение пародонта следующими процедурами: снятие зубных отложений с помощью ультразвукового скейлера, закрытый кюретаж с применением кюрет Грейси, назначением антибактериальной и противовоспалительной, общей и местной терапии, а также применение технологии Plasmolifting. Во второй, контрольной группе – 20 пациентов, которым проводилось подобное лечение, но без применения технологии Plasmolifting.

В основной группе пациентам сразу после проведения кюретажа, помещали в пародонтальные карманы обогащенный тромбоцитами концентрат PRF, с наложением швов нитью типа Vicril 5.

При обследовании всех пациентов как основной, так и контрольной группы, нами были использованы основные и дополнительные методы исследования применяемые в пародонтологии, а именно: клинический, статистический и рентгенологический.

Результаты исследования. Пациентов основной и контрольной группы обследовали как до применения обогащенного тромбоцитарного концентрата, так и после, на 12 сутки. В обеих группах проверялся уровень гигиены, который оценивался с помощью индекса гигиены полости рта Грина-Вермилльона (Green, Vermillion, 1964) и Федорова-Володкиной. Было выявлено, что непосредственно в 1-4 сутки после проведения процедуры, слизистая оболочка полости рта была умеренно гиперемирована и отечна, что вызвано инвазивными вмешательствами и соответствует норме. На 5 сутки 85% пациентов основной группы практически полностью отсутствовали признаки воспаления. У 15% пациентов основной группы, преимущественно из категории 50-59 лет, 60 лет и старше, признаки воспаления в виде гиперемии и болезненности сохранялись до

момента снятия швов на 8-10 сутки, что было связано с снижением регенеративных процессов ввиду пожилого возраста и наличием хронических соматических заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

На 12 сутки после проведения процедуры, было выявлено, что в основной группе индекс ОНІ-S составлял 0,71 (удовлетворительный, близкий к хорошему уровню гигиены). В контрольной группе – 1,32 (удовлетворительный уровень гигиены). Индекс Федорова-Володкиной в основной группе был равен 1,62 (удовлетворительный, близкий к хорошему). В контрольной группе – 1,8 (удовлетворительный уровень гигиены).

Клинические методы исследования, опрос пациентов, зондирование пародонтальных карманов, интраоральные осмотры слизистой оболочки полости рта показали такие результаты. Никто из пациентов основной группы, которым был применен обогащенный тромбоцитарный концентрат, не ощутил дискомфорта и не отметил признаков воспаления.

Выводы. Использование обогащенного тромбоцитарного концентрата, в сочетании с комплексным лечением хронического генерализованного пародонтита достаточно эффективно, поскольку не только ускоряет регенерацию мягких тканей, но и делает процесс лечения более прогнозируемым, за счет минимального количества осложнений.

Чаунанс А.В.

ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ В СЕБЯ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ

*Запорожский государственный медицинский университет,
Кафедра терапевтической ортопедической стоматологии*

chaunans@gmail.com

На практических занятиях студенты-стоматологи сталкиваются с множеством ситуационных задач, предполагающих четкий алгоритм оказания стоматологической помощи. Отсюда следует необходимость формировать у будущих специалистов комплексную лечебную стратегию, включающую в себя принципы профилактики основных стоматологических заболеваний.

Разработка данной стратегии должна основываться прежде всего на потребностях каждого пациента, в зависимости от клинической ситуации и нозологической формы заболевания. На практических занятиях по стоматологическим дисциплинам студенты должны ознакомиться с основными профилактическими мероприятиями. Основу этих мероприятий составляют:

- Регулярная чистка зубов с использованием зубной щетки и зубной пасты;
- Соблюдение принципов правильного питания;
- Применение фторидов;
- Инвазивная и неинвазивная герметизация фиссур;
- Посещение врача стоматолога один раз в шесть месяцев;

Все перечисленные меры должны координироваться и контролироваться врачом - стоматологом, и подкрепляться ответственностью пациента, а в детском возрасте еще и мотивированностью родителей.

Будущий специалист должен осознать, что для улучшения стоматологического здоровья населения необходимо использовать два подхода: поддерживать гигиену полости рта у тех, у кого отсутствуют кариозные полости и уметь подбирать эффективные средства профилактики и лечения для тех, кто состоит в группе риска по развитию кариеса.

В связи с этим, считаем необходимым, изучение студентами-стоматологами основных принципов профилактики стоматологических заболеваний и овладение умением разработки индивидуальных программ профилактики в зависимости от возраста и потребности пациента.

Чаунанс Г.В.

ВИВЧЕННЯ СТОМАТОЛІЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИМИ ВАДАМИ

Запорізький державний медичний університет,

Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології

chaunans@gmail.com

Актуальність: серед дітей, що потребують стоматологічної допомоги, особливе місце займають пацієнти з психоневрологічною патологією. Враховуючи специфіку такої патології слід прогнозувати певні труднощі, що виникатимуть при наданні стоматологічної допомоги даній категорії.

Мета дослідження: вивчити стан гігієни порожнини рота у дітей з порушеннями розвитку інтелекту та визначити, які профілактичні заходи будуть найбільш ефективними при розробці програм профілактики дітям з захворюваннями ЦНС.

Методи: для даної роботи були використані: клінічні методи такі як огляд, вітальне забарвлення, гігієнічні індекси (спрощений індекс гігієни порожнини рота за Green – Vermillion, де 0-0,6 відповідає якійсь гігієні; 0,7 – 1,6 задовільній; 1,7 – 2,5 – незадовільній); статистичні методи.

Результати: нами були обстежені діти віком від 7 до 16 років, що знаходяться на стаціонарному лікуванні в дитячому відділенні Кіровського будинку інвалідів Орехівського району Запорізької області. Розповсюдженість карієсу склала 85%, що відповідає високому рівню інтенсивності. Розповсюдженість захворювань пародонту склала 100% при індексі гігієни - 2,4. Після обстеження нами був проведений урок гігієни з закріпленням навиків за допомогою метода контрольованої чистки. Для контролю ефективності чистки зубів ми використовували карієс – детектор, який дозволяє дітям швидко та легко побачити розташування зубного нальоту. Його цікаво використовувати і також він мотивує дітей до чищення і відповідно догляду за зубами. Після закріплення гігієнічних навиків по догляду за порожниною рота, ми повторно провели індексну оцінку гігієни порожнини рота і отримали результат – 2,0.

Таким чином, в ході стоматологічного дослідження нами було виявлено наступні види стоматологічних патологій, а саме: каріозні процеси в твердих тканинах зубів, захворювання пародонту, на фоні незадовільної гігієни порожнини рота, що пов'язана, в першу чергу з низьким рівнем знань стосовно правил та методів догляду за порожниною рота.

Висновки:

1) Використання традиційних методів дослідження гігієни порожнини рота викликає труднощі під час огляду дітей с захворюваннями ЦНС, та є недостатньо ефективними.

2) Для дітей, що знаходяться на лікуванні в будинку-інтернаті необхідно розробити план профілактичних заходів з урахуванням особливостей фізичного та розумового розвитку вихованців.

3) Доведено ефективність доповнення уроків гігієни порожнини рота етапом чистки під контролем лікаря, адже саме така форма подачі матеріалу з цікавістю сприймається дітьми з особливими потребами.

Чугунов В.В., Семенов Д.М.

ПРОТОКОЛ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ УШКОДЖЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

Ушкодження щелепно-лицьової ділянки посідають значне місце в структурі стоматологічної допомоги в Україні, відомо, що сама наявність щелепно-лицьового дефекту, а надто – необхідність звертання за хірургічною допомогою з цього приводу супроводжується складним комплексом патологічних особистісних реакцій, переживань, значним зростанням психоемоційного навантаження та підвищенням рівню невротизації. Деформації щелепно-

лицьової ділянки нерідко спричиняють значні естетичні дефекти, що пов'язано зі фізичним та психологічним дискомфортом, через що погіршують якість життя та рутинного функціонування, стають причиною інвалідизації. Психоемоційні розлади у зазначеній групі пацієнтів розглядаються у контексті підвищеної сенситивності до фізичних та психічних подразників, емоційної лабільності, проявів психастенічного кола.

На основі дослідження психоемоційних особливостей 40 хворих, що перенесли оперативні втручання з приводу травматичних уражень щелепно-лицьової ділянки було розроблено 3х етапний протокол психологічного супроводу, що передбачає 6 сеансів співбесіди лікаря-стоматолога з хворим у післяопераційному періоді. Тривалість кожного сеансу складає 15 – 30 хвилин, та послідовно реалізує задачу нормалізації психологічного стану хворого та його психологічну реабілітацію.

Перший етап – *алгоцентрований*, що реалізується у 1 та 2 сеанси, у рамках даного етапу лікар проводить асоціацію між швидкістю відновлення тканин та больовим синдромом, акцентуючи увагу на тому, що больовий синдром є ознакою функціонування нервових зв'язків та свідчить про адекватну чутливість тканин. Метою даного етапу є нормалізація психічного реагування хворого на біль.

Другий етап – *естетикоцентрований*, що реалізується у 3 та 4 сеанси, на даному етапі лікар роз'яснює механізми загоєння операційної рани, демонструє схему пластичних прийомів проведеного оперативного втручання. При наявних естетичних дефектах, лікар пояснює план можливих пластичних операцій, акцентуючи увагу на тому, що період життя з естетичним дефектом не буде тривалим.

Третій етап – *анксіоцентрований*, що реалізується у 5 та 6 сеанси, на цьому етапі лікар просить хворого розповісти свої побоювання щодо перенесеної травми та оперативного втручання. Лікар розвіює ірраціональні страхи хворого шляхом апеляцій до свого досвіду та наочних демонстрацій, розповідає подальший план реабілітації.

За результатами проведеного компаративного дослідження 20 хворих, що пройшли протокол психологічного супроводу (основна група – ОГ) та 20 хворих, що отримували стандартну терапію (контрольна група – КГ), з використанням Особистісного опитувальника Бехтерівського інституту, було встановлено, що хворі ОГ достовірно частіше демонстрували гармонійний (45%) та ергопатичний (35%) типи відношення до хвороби, в той час, коли хворі КГ – тривожний (40%) та неврастенічний (35%) типи.

Yu. Burega, I. Maslova

**PROBLEM-BASED LEARNING AS PEDAGOGICAL STRATEGY TO
INCREASE MEDICAL STUDENTS' MOTIVATION TO WORK
INDEPENDENTLY**

*Department of propaedeutic and surgical dentistry,
Zaporizhzhia States Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine*

Problem-based learning (PBL) is designed to apply knowledge instead of just acquiring knowledge and has been called one of the best examples of a constructivist pedagogical approach. PBL is especially recommended as a promising approach with respect to skill development and getting new knowledge. One of the key constructs in a typical PBL curriculum is working in small groups: five to eight students work together in a group, under the supervision of one or more tutor(s). The tutor has an important role, as authors argue that especially average students (in comparison with students who are academically stronger) may depend more on the tutor to guide and motivate them in order to achieve the learning goals. The tutor has a role as the facilitator of learning without being a primary information resource. One of the key characteristics of PBL is the own responsibility of the learners to be self-directed and self-regulated in their learning. In Ukraine, implementation of the main PBL key provisions aimed significantly improve the level of medical education and bring closer the physician's training quality to European standards. Problem of medical educational system reorganization appeared during that period, when the foreign and domestic professionals began to emphasize a discrepancy of existing educational system and contemporary paces of society development. Search of the new and improvement of the traditional forms of students' auditorium independent work that imply existence of PBL elements directed on the future professional activity for the third year students in specialty "dentistry". Along with optimization of out-of-class work, it is necessary to improve the in-class independent work under direct lecturers' supervision. It is known, that stimulation of active work is possible by increasing interest of auditorium and logical justification of question practical meaning, which submitted for study. Collective approach to the tasks implementation is the most effective and justified. Besides advantages seeing active discussion of possible variants solutions of specific situation, upholding own opinions in the group, exists an important educational aspect – the formation mastering of collaboration work in collective. In addition, increased verbalizations of concepts during the reporting phase also led to higher achievement. Collaborative learning is significant in the PBL process, and may be more important than individual study in determining students' achievement. The goal of that approach is to stimulate students' cognitive activity through careful organization of independent work. In the productive education, present method is a requisite for the optimization of

creativity in cognitive activity, formation of independent learning ways. In the course of surgical dentistry, the independent work in the form of abstract lecture widely used in the Ukrainian-speaking and English-speaking groups. Efficiency of independent work depends of organization and control forms of present kind of students' activity. Active using of PBL strategy for improvement of auditorium self – directed independent work under lecturer supervision create the conditions for development of clinical thinking, logical sequence of diagnostic and treatment stages that will become the basis of future specialists – professional' formation.

Yu. Burega¹, I. Maslova¹, I. Burega².

PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT THE POSSIBLE PREVENTIVE MEASURES OF APPEARANCE OF FLUOROQUINOLONES-INDUCED CHANGES IN THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT STRUCTURES

¹Department of propaedeutic and surgical dentistry,

Zaporishshia States Medical University, Zaporishshia, Ukraine

*²Department of Normal Physiology, Zaporishshia States Medical University,
Zaporishshia, Ukraine*

axios.ua@gmail.com

The purpose of this literature review is to discuss the causes of arising and mechanisms of formation the fluoroquinolones-associated tendo- and arthropathy for the further perspectives of development the possible preventive measures of appearance of fluoroquinolones-induced changes in the temporomandibular joint structures. The ability of fluoroquinolone antibiotics to adversely affect tendons has been the subject of many articles and case reports in the medical literature for nearly three decades. Clinicians and patients should be aware of the potential risks that fluoroquinolones pose with respect to both cause and potentiation of *tendinopathy*, which is described as the clinical presentation of pain associated with tendon loading. Complications, which are arising after fluoroquinolones intake able to cause temporomandibular joint (TMJ) disorders. This, in turn, reduces the quality of patients' life in the future and can lead to severe consequences and even disability. Today is exists the large number of scientific researches, which are devoted to study of mechanisms of development the fluoroquinolones – associated tendino-and arthropathy. However, the correlation between the quinolones intake and development of quinolones – associated complications remains poorly understood. Also, in the literature there are no findings about preventive methods, which are aimed at preventing the development of tendinopathy after fluoroquinolones intake. Especially, it concerns the TMJ, because using the standard methods (temporary immobilization or limited loads) the above problem is not resolved. This connected with ensuring of

vital functions, such as everyday chewing at reception of nutrition, speech etc. All the above indicates the relevance of the issues that we are considering and require further more detailed study the relationship between quinolones therapy and the risk of emergence the temporomandibular joint disorders and necessity of development of preventive measures in case of fluoroquinolones-induced tendinopathy.

Conclusion. Analysis of the latest literature shows, that fluoroquinolones treatment leads to appearance of tendino- and arthropathy that refers to temporomandibular joint. Understanding the issues of arising and formation of fluoroquinolones – induced deformities in the temporomandibular joint, exactly in its structures, allows to predict and development the preventive measures of complications of fluoroquinolones-associated disorders in the temporomandibular joint and, thereby, improve the quality of patients' lif during and after quinolones therapy.

Підписано до друку 10.05.2017 р.
Папір офсетний. Друк - ризограф.
Умов. друк. арк. 3,2
Наклад 50 прим. Зам. № 7259.
Оригінал-макет виконаний в ЦВЗ ЗДМУ
69035, г. Запоріжжя, пр-т Маяковського 26,
тел. (061) 239-33-01

Видавництво ЗДМУ
69035, Запоріжжя, пр. Маяковського, 26