

Non-governmental Organization
International Center of Scientific Research



**PROCEEDINGS OF THE
XI INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND THEORETICAL CONFERENCE**

FORMATION OF
INNOVATIVE POTENTIAL
OF WORLD SCIENCE

08.05.2026

WATERFORD,
REPUBLIC OF IRELAND

SCIENTIA
COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА СТАНДАРТИЗАЦІЯ АРТ-ТЕРАПІЇ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ Герасимова І.В., Герасимова Н.Є.	156
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПРОВИНИ ВЦІЛЛОГО У ВІЙСЬКОВИХ ТА ПРЕДСТАВНИКІВ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ Лисенко О.І.	160
УСМІШКА В ОНТОГЕНЕТИЧНОМУ ВИМІРІ: НОРМА І ПАТОЛОГІЯ Максимчук Б.А.	163
ТЕМА ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНОЇ ГОТОВНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО ВИКОНАННЯ БОЙОВИХ ЗАВДАНЬ Маноїл К.С.	166
ВИРАЖЕНІСТЬ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У КОМБАТАНТІВ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ (ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД АЛКОГОЛЮ Й ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД) ТА ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ ПРИФРОНТОВОЇ ЗОНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ПОПЕРЕДНЄ ДОСЛІДЖЕННЯ Маркозова Л.М., Мінко О.І., Хижняк І.Ю.	172
ТИП ПРИВ'ЯЗАНОСТІ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ВИБІР СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ Пархоменко Є.І.	175

SECTION 15.

MEDICAL SCIENCES AND PUBLIC HEALTH

THE ROLE OF IRON IN OXIDATIVE STRESS Levkivska K., Slipchuk V.	184
КОНФЛІКТИ В ПРОЦЕСІ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА МЕХАНІЗМИ ВРЕГУЛЮВАННЯ Бідучак А.С.	187
РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРАНСВЕРЗАЛЬНИМ ЗВУЖЕННЯМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗАЛЕЖНО ВІД КОРЕКЦІЇ СКЕЛЕТНОГО КОМПОНЕНТА Вініченко М.В.	189

SECTION 16.

PHYSICAL CULTURE, SPORTS AND PHYSICAL THERAPY

ВПЛИВ ІНТЕРВАЛЬНОГО ТРЕНУВАННЯ НА ПОКАЗНИКИ СПЕЦІАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ВАТЕРПОЛІСТІВ 14–15 РОКІВ Буць Я.-Д., Колупаєв К.Є.	192
--	-----

Вініченко Максим Вікторович

Здобувачка ступеня PhD стоматологічного факультету
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

Науковий керівник: Чертов Сергій Олександрович 

канд. мед. наук, доцент, завідувач кафедри пропедевтичної та хірургічної стоматології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРАНСВЕРЗАЛЬНИМ ЗВУЖЕННЯМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗАЛЕЖНО ВІД КОРЕКЦІЇ СКЕЛЕТНОГО КОМПОНЕНТА

Трансверзальне звуження верхньої щелепи (ТЗВЩ) у дорослих пацієнтів є клінічно значущою патологією, що супроводжується порушенням оклюзійних взаємовідношень, функціональними змінами та високим ризиком рецидиву після лікування [1, 3]. Особливу проблему становлять випадки із вираженим скелетним компонентом дефіциту, де застосування виключно ортодонтичних методів часто не забезпечує стабільного результату [2, 4].

Незважаючи на розвиток сучасних підходів, включаючи мінігвинтово-асистоване та хірургічно асистоване розширення (SARPE), питання вибору оптимальної тактики лікування та прогнозування його результатів залишається дискусійним. У клінічній практиці нерідко спостерігається використання ортодонтичних методів у пацієнтів із недооціненим скелетним дефіцитом, що призводить до формування рецидиву [5].

Таким чином, актуальним є визначення ефективності різних підходів до лікування ТЗВЩ у дорослих пацієнтів з урахуванням морфологічного типу дефіциту та оцінка ризику рецидиву залежно від обраної тактики.

Мета дослідження

Оцінити ефективність різних підходів до лікування трансверзального звуження верхньої щелепи у дорослих пацієнтів та визначити залежність частоти рецидиву від корекції скелетного компонента дефіциту.

Матеріал та методи дослідження

Пацієнти I групи (n = 24), які мали морфометричні ознаки скелетного трансверзального дефіциту з ризиком рецидиву, були розподілені на дві підгрупи залежно від тактики лікування:

Ia підгрупа (n = 13; 54,2%) — комплексне лікування із застосуванням SARPE;

Iб підгрупа (n = 11; 45,8%) — лише ортодонтичне лікування без корекції скелетного компонента.

Пацієнти II групи (n = 18) мали переважно альвеолярно-дентальний характер звуження та отримували виключно ортодонтичне лікування.

Критерії оцінки

Оцінку результатів проводили через 18 місяців після завершення активного лікування. Основним критерієм ефективності була наявність або відсутність рецидиву.

Рецидив визначали за клінічними ознаками:

зменшення ширини зубної дуги;

ротація зубів;

порушення оклюзійних контактів;

поява діастем;

зміщення серединної лінії;

посилення вестибулярного нахилу різців.

Статистичний аналіз

Проводили описову статистику з розрахунком абсолютних та відносних показників. Для оцінки зв'язку між тактикою лікування та ризиком рецидиву використовували 2×2 аналіз.

Результати

Аналіз результатів лікування показав чітку залежність ефективності терапії від корекції скелетного компонента трансверзального дефіциту.

У підгрупі Ia (SARPE) рецидив не був зареєстрований (0%), що свідчить про високу стабільність результатів при хірургічній корекції.

У підгрупі Iб (лише ортодонтичне лікування) рецидив або неефективний результат лікування спостерігався у 100% випадків, що вказує на неспроможність зубоальвеолярної компенсації забезпечити стабільність при наявності скелетного дефіциту.

У пацієнтів II групи (без вираженого скелетного компонента) частота рецидиву становила 38,9% (7 з 18), що свідчить про обмежену ефективність ортодонтичного лікування навіть при альвеолярно-дентальному типі звуження.

За даними 2×2 аналізу (I група):

SARPE: 0/13 рецидивів;

ортодонтичне лікування: 11/11 рецидивів.

Отримані результати свідчать про виражений протективний ефект скелетного розширення. Через відсутність подій у групі SARPE розрахунок odds ratio є статистично обмеженим, однак клінічна значущість різниці є

очевидною.

Порівняння груп за морфологічним типом показало:

при скелетному дефіциті (І група) частота рецидиву — 45,8%;

при альвеолярному типі (ІІ група) — 38,9%.

Абсолютний ризик неефективного результату в загальній вибірці становив 0,389.

Клінічно рецидив проявлявся відновленням трансверзального дефіциту з формуванням вторинних оклюзійних порушень і компенсаторних змін положення зубів.

Висновки

1. Ефективність лікування трансверзального звуження верхньої щелепи у дорослих пацієнтів визначається адекватністю корекції скелетного компонента дефіциту.

2. Застосування SARPE забезпечує стабільність результатів лікування (0% рецидиву), тоді як використання лише ортодонтичних методів у пацієнтів зі скелетним дефіцитом супроводжується 100% частотою рецидиву.

3. При альвеолярно-дентальному типі звуження ортодонтичне лікування є менш ефективним, а частота рецидиву становить 38,9%.

4. Рецидив трансверзального звуження є наслідком неусуненого скелетного дефіциту та супроводжується відновленням морфологічних і функціональних порушень.

5. Хірургічна корекція скелетного компонента є ключовим фактором забезпечення довготривалої стабільності результатів лікування.

Список використаних джерел:

1. Bin Dakhil N, Bin Salamah F. The diagnosis methods and anagement modalities of maxillary transverse discrepancy. *Cureus*. 2021;13(12):e20482. doi:10.7759/cureus.20482
2. Watted N, Lone IM, Midlej K, Zohud O, Awadi O, Masarwa S, Watted A, Paddenberg E, Krohn S, Kirschneck C, et al. The Complexity of Skeletal Transverse Dimension: From Diagnosis, Management, and Treatment Strategies to the Application of Collaborative Cross (CC) Mouse Model. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*. 2024; 9(1):51. <https://doi.org/10.3390/jfkm9010051>
3. Palermo A, Ferrante L, Cazzato G, Sabatelli F, Bordea IR, Fernandes GVO, et al. Transverse skeletal deficiencies in orthodontics: etiology, consequences and treatment approaches. *Oral Implantol (Rome)*. 2024;16(3 Suppl 1):595–611. doi:10.11138/oi163.1suppl595-611
4. Lione R, Franchi L, Cozza P. Maxillary transverse deficiency: diagnosis and treatment. *J Clin Med*. 2023;12(3):1002. doi:10.3390/jcm12031002
5. Zhao H, Wang X, Jin A, et al. Educing relapse and accelerating osteogenesis in rapid maxillary expansion. *Bioact Mater*. 2022;18:507–525. doi:10.1016/j.bioactmat.2022.03.001