

SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
ON THE OCCASION 10-YEAR ANNIVERSARY OF THE
ESTABLISHMENT OF THE DEPARTMENT OF DENTISTRY

"INTERDISCIPLINARY APPROACH IN THE
TREATMENT OF DENTAL DISEASES"

September 26-27, 2024

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З НАГОДИ 10-РІЧЧА ЗАСНУВАННЯ КАФЕДРИ
СТОМАТОЛОГІЇ ІЩО
«МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ
СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

26-27 вересня 2024 року



«Кафедра стоматології була першою кафедрою, створеною на післядипломному рівні у серпні 2014 року, і саме вона стояла біля витоків створення Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця. Сьогодні кафедра є мультидисциплінарною, охоплює всі стоматологічні дисципліни: терапевтичну, ортопедичну та хірургічну стоматологію, пародонтологію, стоматологію дитячого віку й ортодонтію. Це – потужний майданчик післядипломного навчання лікарів-стоматологів, обміну досвідом, наукової роботи та підвищення кваліфікації для медичних працівників. Пишаюся досягненнями наших колег і вірю, що з роками кафедра лише нарощуватиме можливості та розвиватиме свій потенціал», – зазначив ректор НМУ Юрій Кучин, відкриваючи захід.

"The Department of Stomatology was the first department created at the postgraduate level in August 2014, and it was at the origin of the Institute of Postgraduate Education of Bogomolets National Medical University Today, the department is multidisciplinary, covering all dental disciplines: therapeutic, orthopedic and surgical dentistry, periodontology, pediatric dentistry and orthodontics. It is a powerful platform for post-graduate training of dentists, exchange of experience, scientific work and advanced training for medical workers. I am proud of the achievements of our colleagues and I believe that over the years the department will only increase its opportunities and develop its potential," said Yuriy Kuchyn Rector of Bogomolets National Medical University, opening the event.

<https://nmuofficial.com/news/do-yuvileyu-kafedry-stomatologiyi-pislyadyplomnoyi-osvity-vidbulasya-masshtabna-konferentsiya/>

ВСТУПНЕ СЛОВО

Вельмишановні учасники конференції! Шановні присутні та гості!

Ми раді вітати Вас на науково-практичній конференції з міжнародною участю з нагоди 10-річчя заснування кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти на тему: «Міждисциплінарний підхід в лікуванні стоматологічних захворювань».

Хочу висловити слова вдячності учасникам конференції, вважаю що це гарний привід для фахівців і вчених з різних країн не тільки обмінятися досвідом, новими напрацюваннями, досягненнями, відкриттями, а і ознайомитися із сучасними тенденціями та практикою проблем в галузі сучасної стоматології. Вважаю, що спільними зусиллями ми зможемо зробити, ще один крок до виявлення найбільш важливих проблем і пошуку шляхів якісного міждисциплінарного підходу в лікуванні стоматологічних захворювань. Перекоаний, що професійні доповіді, плідні дискусії, хороша творча атмосфера, будуть сприяти розвитку вітчизняної і світової науки і подальшого удосконалення якості освітнього процесу.

Певнений, що і під час пленарного засідання і в ході роботи секцій ми зможемо обговорити не тільки розвиток усталених наукових підходів в стоматології, а й почуємо нові погляди, категорії, поняття, тощо. А це,

в свою чергу, дозволить отримати нові напрямки наукових досліджень та визначити коло завдань із наукового забезпечення нашої практичної діяльності.

Сподіваюся, що сьогоднішня конференція сприятиме формуванню і вдосконаленню наукової думки, виробленню нових концептуальних підходів у міждисциплінарному підході до лікування основних стоматологічних захворювань. Упевнений, що на конференції прозвучить велика кількість цікавих та оригінальних доповідей, які з часом будуть впроваджені в практичну повсякденну діяльність лікарів-стоматологів різних спеціальностей, що однозначно полегшить діагностику і лікування основних стоматологічних захворювань і покращить якість життя пацієнтів.

Бажаю вам приємного та результативного наукового спілкування на цьому заході, творчих вам успіхів, здоров'я, миру і добра!

Бажаю учасникам конференції творчого натхнення, активної та плідної дискусії!

**В.о. зав. каф. стоматології к.мед.н., доцент
Андрій Миколайович Прощенко**

Dear participants of the conference!

Dear attendees and guests!

We are pleased to welcome you to the scientific and practical conference with international participation on the occasion of the 10th anniversary of the establishment of the Department of Dentistry of the Institute of Postgraduate Education on the topic "Interdisciplinary approach in the treatment of dental diseases".

I would like to express my gratitude to the participants of the conference, I believe that this is a good opportunity for specialists and scientists from different countries not only to exchange experience, new developments, achievements, discoveries, but also to get acquainted with modern trends and practical problems in the field of modern dentistry. I believe that with joint efforts we will be able to take one more step towards identifying the most important problems and finding ways of a high-quality interdisciplinary approach in the treatment of dental diseases. I am convinced that professional reports, fruitful discussions, a good creative atmosphere will contribute to the development of domestic and world science and further improvement of the quality of the educational process.

I am sure that during the plenary session and during the work of the sections, we will be able to discuss not only the development of established scientific approaches in dentistry, but also hear new views, categories, concepts, etc. And this, in turn, will allow us to obtain new directions of scientific research and define the range of tasks for scientific support of our practical activities.

I hope that today's conference will contribute to the formation and improvement of scientific opinion, the development of new conceptual approaches in the interdisciplinary approach to the treatment of major dental diseases. I am sure that a large number of interesting and original reports will be presented at the conference, which will eventually be implemented in the practical daily activities of dentists of various specialties, which will definitely facilitate the diagnosis and treatment of major dental diseases and improve the quality of life of patients.

I wish you a pleasant and productive scientific communication at this event, creative success, health, peace and goodness!

I wish the participants of the conference creative inspiration, an active and fruitful discussion!

**Candidate of Medical Sciences, associate professor
Andriy Proshchenko**

SUBANTRAL AUGMENTATION. METHOD OF SELECTION

Artem Artemchuk

Scientific supervisor: doctor of medical sciences, professor Yurii Chepurnyi

Department of Maxillofacial Surgery and Innovative Dentistry

Head of department: doctor of medical sciences, professor Kopchak A.V.

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Introduction: Considered the problem of prosthetic and orthopedic rehabilitation of patients with tooth loss in the lateral region of the upper jaw in the case of single tooth gaps in this article. Dental implants are of course preferred during rehabilitation, but this is often a difficult task due to the lack of bone due to the proximity of the maxillary sinus floor.

Aim: The aim of the article was to compare the clinical effectiveness of closed and open lateral augmentation of the sinus floor to restore the dentition of patients.

Objects and methods: Evaluation was performed on 96 patients who underwent subantral augmentation with simultaneous dental implantation in one interdental space. The final examination was performed 12 months after fixation of the prosthetic restoration.

Results: Postoperative bone augmentation averaged 9.5 mm in the open augmentation group and 8.5 mm in the closed augmentation group. According to the studies, the frequency of perforations of the mucosa of the maxillary sinus and inflammation was more frequent in the open group. There were no implant removals in any of the groups.

Conclusion: Both surgical protocols produced a successful outcome. Thanks to surgical interventions, optimal indicators of the residual height of the alveolar process, the thickness of the cortical bone and the thickness of the front wall of the maxillary sinus were achieved in the area where augmentation was performed with simultaneous dental implantation.

Keywords: LSFA (lateral sinus floor augmentation), CT (computer tomography), OSTEM CAS KIT, "Open" and "Closed" groups.

IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF DIAGNOSING CHRONIC HERPES VIRUS INFECTION

Sergieieva I.E.

Department of therapeutic dentistry

Head of department: doctor of medical sciences, professor Kolenko Y.G.

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Introduction: The mechanisms of inflammation of the oral mucosa (OM) in patients with chronic herpes virus infection (CHVI) are currently viewed as an immunosuppressive condition of the body. This disease exhibits polymorphism and a chronic, recurrent nature, where the established etiological factors lose their dominant significance during the repeated treatment of disease exacerbations. Individuals exposed to chronic stress (psychological, physical, thermal) develop a subcompensatory imbalance, a functional immunosuppressive state, impaired phospholipid metabolism, and accumulative activation of chronic bacterial and herpes virus infections.

Aim: To conduct an immunological study of blood in patients with CHVI.

Materials and Methods: A total of 25 patients with CHVI, aged 18 to 70, were examined. All patients underwent blood analysis at the Ukrainian Diagnostic Treatment Center in Kyiv. The examination included a comprehensive immunogram and the identification of specific immunoglobulins.

Results: The study confirmed that the development of a chronic immunosuppressive state affects the function of the local immune response and is likely a key mechanism in the impairment of the health of the OM and overall homeostasis in patients, which directly impacts their quality of life. Immunological markers indicating impaired innate immune

response—such as reduced phagocytic count, phagocytic index, and NST-test—point to chronic adverse conditions in the body, which prevent maintaining remission or stabilization of the chronic process. This immune response could be considered a chronic irreversible state, characterized by bilateral inflammation (both local and systemic) and the development of long-term periods of autosensitization at various levels of manifestation. To substantiate this conclusion, it is essential to determine the level of circulating immune complexes (ICs) and erythrocyte sedimentation rate (ESR). Additionally, determining the size of ICs is crucial to assess their pathogenicity, i.e., their role in disease pathogenesis. Conducting these tests presents no particular difficulties. In the second stage of research, it is necessary to analyze the extent and severity of the immune defect. This involves assessing the ratio of T-lymphocyte subpopulations (T-helper-inducer and T-suppressor-cytotoxic cells), determining B-lymphocytes that carry immunoglobulins of various classes on their surface, evaluating the synthesis of specific immunoglobulins in B-lymphocyte cultures, identifying killer cells in antibody-dependent cytotoxicity tests, and measuring the production capacity of pro-inflammatory interleukins. In other words, evaluating the parameters of the body's reactivity and homeostatic resistance allows for an understanding of the primary processes that specifically reflect the immune response during disease recurrence (CHVI). This represents one of the primary tasks of practical medicine in determining modern principles and methods for targeted immune state correction. Immune correction involves different stages and is conducted only with the combined treatment of a dentist and an infectious disease immunologist, beginning with the initial dental examination of the patient. Identifying secondary immunodeficiency states, infections (specific immunoglobulins), autoimmune disease markers, recurrences, or exacerbations of chronic inflammation (CHVI) in the presence of stress, trauma, intoxication, or other factors is essential for treating the underlying disease and its manifestations in the oral cavity. Immunocorrective medications should be prescribed in conjunction with other therapeutic agents, alongside diagnostic and therapeutic interventions from both dentists and infectious disease immunologists.

Conclusions: It has been established that the development of metabolic immunological disorders in patients with CHVI occurs against a backdrop of impaired indicators of both innate and acquired immunity, mediated by herpes virus infection strains. The levels of the identified immune parameters allow for the individualization of pathogenetic correction in this patient group through collaborative diagnostic and treatment planning by dentists and infectious disease immunologists.

INTERRELATION OF SAGITTAL CEPHALOMETRIC PARAMETERS WITH THE SEVERITY OF TRANSVERSE DEFICIENCY IN PATIENTS WITH SKELETAL FORMS OF MALOCCLUSION

Stoliarchuk M.M, Kopchak A.V.

Academic supervisor: doctor of medical sciences, professor Kopchak A.V.

Department of Maxillo-facial Surgery and Innovative Dentistry

Head of department: doctor of medical sciences, professor Kopchak A.V.

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Introduction: Transverse maxillary deficiency is often accompanied by sagittal malocclusion, but its influence on the orthognathic treatment strategy has not been sufficiently studied. Modern scientific research confirms the relationship between transverse and sagittal anomalies, which requires an integrated approach to diagnosis and treatment.

Aim: to determine the relationship between the severity of the transverse maxillary deficiency and the values of cephalometric parameters characterising the sagittal parameters of the face in patients with skeletal forms of malocclusion.

Materials and methods: multislice computed tomography data has been taken from 100 patients with skeletal forms of jaw anomalies and deformities who were referred to the Centre for Head and Neck Pathology of the Kyiv Region Clinical Hospital for surgical treatment.

Results: Among the 100 patients included in the study who met the inclusion and exclusion criteria, men accounted for 38%, the age of patients ranged from 18 to 40 years and averaged 30.1+5.2 years. 32% of patients belonged to skeletal class III (ANB angle in this group ranged from -1° to -11° , and the average was $-3.5+2.6^{\circ}$), 68% of patients

belonged to skeletal class II (ANB angle ranged from 4° to -10°, and the average was 5.4+1.7°). In addition, 47% of patients had a vertical growth type (Ar-Go-MP angle 130°), and 53% had a horizontal growth type (Ar-Go-MP angle 130°). Sagittal abnormalities were complicated by an open bite in 41% of cases (mainly skeletal class III or Engle class I subclass II) and a deep bite in 30% (mainly Engle class II subclass II). Crossbite in the lateral jaws (unilateral or bilateral) was diagnosed in 21% of cases. Crowding of the upper front teeth was present in 74% of patients, crowding of the lower front teeth in 62%, and diastemas and tremors in the anterior or lateral parts of the upper and lower jaw dentition in 16% and 18%, respectively. The prevalence of transverse and vertical anomalies depended on the type of sagittal anomaly (skeletal class).

Conclusions: Thus, in adult patients with skeletal forms of sagittal malocclusion requiring surgical treatment, crossbite in the posterior teeth is detected in 21% of cases. At the same time, indirect signs of transverse deficiency and discrepancies in the width of the upper and lower dental arches were detected in 74% of cases, which is typical for both patients with class II and class III.

Determination of the presence and severity of transverse deficiency is important in terms of adequate and timely treatment, which is a prerequisite for the correction of concomitant sagittal and vertical anomalies and deformities, normalisation of growth and occlusal relations in childhood and adolescence, and in adult patients it is a prerequisite for successful orthognathic intervention and achievement of a stable result over time.

Key words: occlusion, maxillofacial surgery, topography, upper and lower jaw, dental structure.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ ТА СПОСОБИ ЇХНЬОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Астапенко О.О., Смельянов С.Д.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

В.о. завідувача кафедри: д.мед.н., проф. Астапенко О.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Актуальність: у сучасній стоматологічній практиці дентальна імплантація займає важливе місце як ефективний спосіб відновлення дефектів зубних рядів. Цей метод не лише відновлює функцію зубощелепної системи, але й покращує її естетику. Однак успіх імплантації великою мірою залежить від кількісних та якісних характеристик кісткової тканини у зоні майбутнього оперативного втручання. В умовах її дефіциту або дефекту, для досягнення оптимальних результатів необхідно провести кісткову пластику. Ефективність кістковопластичних процедур визначається не лише вибором методики та досвідом хірурга, але й ретельним плануванням та діагностикою перед операцією.

Мета: це дослідження має на меті вивчення сучасного стану розвитку кісткової пластики, зокрема використання кістковопластичних матеріалів і субстратів для їх замішування, а також визначення недосліджених аспектів у цій сфері.

Матеріали і методи: існує безліч методик кісткової пластики, які відрізняються типами розрізів, обсягами втручання та використовуваними матеріалами. Імплантація на верхній щелепі може ускладнюватися через атрофію альвеолярного відростка та пневматизацію верхньощелепної пазухи. Для вирішення цієї проблеми часто застосовується синусліфтинг.

Результати дослідження: кістковопластичні операції зазвичай передбачають використання різних матеріалів та мембран. Для замішування кістковопластичних матеріалів використовують різні субстрати, такі як 0,9% розчин NaCl, розчин хлоргексидину, венозна кров або плазма власної крові пацієнта. Матеріали для кісткових трансплантатів використовуються в реконструктивній хірургії для заповнення порожнин, збільшення об'єму кісткової тканини, а також для полегшення регенерації дефектів кістки через остеокондукцію. Вони повинні бути безпечними, біосумісними, забезпечувати механічну підтримку та стимулювати ріст нової кісткової тканини. Наразі доступні різні типи трансплантатів: аутологічні, алогенні, ксеногенні та алопластичні. Аутологічна кістка є найбільш бажаним варіантом через свої остеогенні, остеоіндуктивні та остеокондуктивні властивості. Однак її використання вимагає додаткового хірургічного втручання, що підвищує ризики та витрати. Кісткова

тканина має унікальні властивості відновлення після травм та дефектів. Для успішного регенераційного процесу необхідні два ключові умови: наявність каркасу для формування нової кісткової тканини та адекватне кровопостачання. Існують різні підходи до регенерації кісткової тканини, які можуть використовуватися окремо або в комбінації.

Дослідження показали, що кістковопластичні матеріали повинні відповідати таким вимогам:

1. Функціонувати як каркас для росту кісткової тканини (остеокондуктивні властивості).
2. Мати пористу структуру, яка сприяє інвазії кровоносних судин.
3. Мати механічні характеристики, що відповідають регерованій кістці.

Зважаючи на різноманітність матеріалів та їх властивостей, аутокістка залишається «золотим стандартом» через свою високу остеогенність, хоча її резорбція та обмежений обсяг можуть бути проблематичними. Аллотрансплантати і ксенотрансплантати використовуються як альтернативи, хоча вони мають деякі недоліки, такі як менша регенерація та більший відсоток ускладнень. Синтетичні матеріали також мають потенціал, але їх виготовлення потребує подальшого вдосконалення. Існує проблема вибору субстрату для замішування кістковопластичних матеріалів. Необхідно провести додаткові дослідження для порівняння різних субстратів та створення науково обґрунтованих рекомендацій для клінічної практики.

Висновки:

1. Питання вибору субстрату для замішування кістковопластичних матеріалів потребує подальшого дослідження.
2. Необхідно провести порівняльні дослідження різних субстратів для замішування кісткової тканини.
3. Слід розробити науково обґрунтовані рекомендації щодо використання різних субстратів для конкретних клінічних випадків. матеріалів є недостатньо дослідженою.

Ключові слова: дентальна імплантація, кісткова пластика, аутокістка, аллотрансплантати, регенерація, ксенотрансплантати, кісткова тканина.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ПЕРЕІМПЛАНТИТУ В ХОДІ ПЕРЕДІМПЛАНТАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ: РЕТРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Буднікова А.В.

*Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій
Інституту післядипломної освіти*

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: відновлення дефектів зубних рядів із частковою або повною втратою жувальної ефективності є актуальною проблемою сучасної стоматології. Нерідко встановлення дентального імплантату є складним завданням для стоматолога, в умовах дефіциту кісткової пропозиції та потребує передімплантаційної підготовки.

Мета: вивчити ефективність встановлення традиційних дентальних імплантатів в різних клінічних умовах та визначити фактори ризику асоційовані із виникненням ускладнень та дезінтеграцією встановлених імплантатів.

Матеріали і методи: матеріалом даного дослідження були 613 пацієнтів (співвідношення жінок до чоловіків, середній вік від 18 до 81 року, медіанне значення 46 років, міжквартильний інтервал (38 років – 56 років), яким з метою заміщення дефектів зубних рядів було встановлено 1154 дентальних імплантати. З них на нижній щелепі - 429 (37%), на верхній щелепі 725 (63%). Основною результуючою перемінною вважали дезінтеграцію імплантату у найближчому та віддаленому післяопераційному періоді. Для подальшого аналізу було відібрано ... факторів, здатних потенційно впливати на ризик дезінтеграції. Статистичний аналіз зав'язків між перемінними базувався на розрахунку інформаційного критерію Акаїке (AIC). В подальшому, на основі визначених

факторів була побудована багатофакторна модель логістичної регресії, а їх порогові / критичні значення для ризику дезінтеграції імплантату були визначені за допомогою аналізу ROC кривих та Youden індексу.

Результати: серед 1154 встановлених імплантів з них було втрачено 46 імплантів у 23 пацієнтів (загальна частота дезінтеграції імплантів в дослідженій серії склала 4%). Мультифакторна модель математичної регресії виявила вірогідну залежність між зростанням ризику втрати імплантату при наявності ендокринної патології, ВШ = 4,55 (95% ВІ 1,69–12,2), у випадках, коли причиною видалення зубів були кісти (порівняно із видаленням з приводу ускладненого карієсу, $p=0,014$), ВШ = 3,0 (95% ВІ 1,19–12,1), за наявності типу кістки D4 (порівняно із D1-D2, $p<0,001$) ВШ = 41,6 (95% ВІ 9,6–181), та потреби в передімплантаційній аугментації альвеолярного відростка ($p<0,001$), ВШ = 31,7 (95% ВІ 10,9–92,3). Ризик втрати імплантату знижувався ($p<0,05$) при збільшенні терміну встановлення імпланту після видалення зуба більше 6 місяців. Розміри і тип імплантату, так само, як умови раннього чи відстроченого навантаження вірогідно не впливали на результат операції.

Висновки: загальний рівень остеоінтеграції традиційних імплантів в даній серії склав 96%. Збільшення ($p<0,05$) ризику дезінтеграції було пов'язано із наявною ендокринною патологією, кісти як причина втрати зуба, невеликим періодом після втрати/видалення зуба, типу кістки D4, потреби в передімплантаційній підготовці (аугментації альвеолярного відростку). Запропонована нами п'ятифакторна модель прогнозування виживаності дентального імплантату, заснована на виявлених факторах ризику демонструє високий рівень чутливості 93,5% (95% ВІ 82,1%–98,6%) та специфічності 91,8% (95% ВІ 90,0%–93,3%) і може бути врахована при визначенні лікувальної стратегії у пацієнтів різних категорій.

Ключові слова: дентальна імплантація, передімплантаційна підготовка, кісткова пластика, остеоінтеграція, переімплантит

ЗМІНИ В СТРУКТУРІ ТРАВМАТИЗМУ СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ОБЛИЧЧЯ, ОБУМОВЛЕНІ ПОЧАТКОМ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Васильєв О.С., Чепурний Ю.В., Копчак А.В.

*Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій
Інституту післядипломної освіти*

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Чепурний Юрій Володимирович

Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Копчак Андрій Володимирович

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: збройна агресія російської федерації в Україні змінила не лише умови надання допомоги пацієнтам щелепно-лицевого профілю, а й вплинула на структуру патологій, з якими довелося мати справу щелепно-лицевим хірургам. Зміна структури травматизму зазвичай веде до адаптації підходів до організації щелепно-лицевої допомоги та стимулює розвиток нових методів лікування даного контингенту поранених.

Мета дослідження: дослідити епідеміологію, структуру травми середньої зони обличчя та особливості надання допомоги пацієнтів з даними пошкодженнями під час періоду військового стану в порівнянні з довоєнним періодом.

Матеріали та методи: проведений ретроспективний аналіз медичної документації пацієнтів з переломами середньої зони обличчя, що перебували на лікуванні в Центрі патології голови та шиї Київській обласній клінічній лікарні в період з 2017 по 2023рр. Всього було взято в дослідження 362 пацієнти, які розділені на 2 групи. Контрольну групу склали 261 пацієнт, лікування яких проходило з 2017 по 24.02.2022 рік, основну – 101 пацієнт, лікування яких проходило після вказаної дати в період військового стану до 2024 року. Критерії включення в основну групу: травматичні пошкодження кісток середньої зони обличчя, наявна повна інформація про пацієнта (вік, стать, обставини травми, тип пошкодження). Критерії виключення: відсутність інформації, комп'ютерної томографії незадовільної якості, вік менше 18 р.

Результати: відповідно до отриманих результаті під час періоду військового стану різко зросла частота бойових (мінно-вибухових та кульових) пошкоджень середньої зони обличчя – з 0,76 по 23,7 ($p=0,00001$), 43% відсотків яких супроводжувалось дефектами або деформаціями м'яких тканин вилочної, щічної або пара-

орбітальної ділянки. Це призвело до збільшення частоти пацієнтів з анфотальмом 0,38% до 6,06% відсотків ($p=0,002297$). Взагалі частота виявлення переломів виличного комплексу, поєднаних з дефектами стінок орбіти статистично достовірно виросла з 6,1% до 15,84% ($p=0,010293$). Це було обумовлено високою частотою виникнення мультифрагментованих переломів виличного комплексу та орбіти – що драматично виросла в порівнянні з довоєнним періодом з 21,9% до 42,5%, ($p=0,000175$). Разом з тим, під час періоду військового стану значно зріс час від пошкодження до проведення реконструкції виличного комплексу та орбіти – 35,35% пошкоджень були старіше 1 місяця ($p=0,00001$). В той же час це дозволяло лікарям проводити реконструкції з використанням пацієнтспецифічних імплантатів: частота їх використання зросла з 5,36% до 14,85% ($p=0,00869$).

Висновок: таким чином активні бойові дії внаслідок інвазії російської федерації в Україні призвели до різкого зростання травматичності пошкоджень за рахунок мультифрагментованих пошкоджень, поєднаних з дефектами стінок орбіти та м'яких тканин на фоні зміщення лікувальної допомоги в більш пізні строки. Разом з тим це дозволяло ширше використовувати пацієнтспецифічні конструкції в лікуванні.

Ключові слова: виличний комплекс, середня зона обличчя, пацієнтспецифічні конструкції, мінно-вибухові травми обличчя, переломи орбіти.

КЛІНІЧНІ ТА БІОМЕХАНІЧНІ АСПЕКТИ ПРОТЕЗУВАННЯ МОЛЯРІВ З ВІДСУТНІМ ФЕРУЛОМ

Веденєєв В.Д.

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти

Науковий керівник: д.мед.н., професор Жегулович З.Є.

В.о. завідувача кафедри: к.мед.н., доцент А.М. Проценко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Актуальність: відновлення ендодонтично-лікованих молярів є важливим аспектом сучасної стоматології, особливо коли мова йде про випадки, де ферул відсутній. Ферул, який визначається як циркулярний обідок дентину, розташований коронально до фінішної лінії препарування зуба під повну коронку, відіграє критичну роль у збільшенні стійкості зуба до навантажень. Його наявність допомагає зберегти залишкові структури зуба, сприяючи довговічності реставрацій. Відсутність ферулу, однак, створює нові виклики для клініцистів, які повинні знайти альтернативні способи забезпечення міцності відновлених зубів.

Моляри зазнають значних оклюзійних навантажень, що робить їх відновлення після ендодонтичного лікування особливо відповідальним завданням. Ці зуби зазвичай сприймають вертикальні аксіальні сили, що є основною причиною високого ризику їх переломів при відсутності належної підтримки. Ферул традиційно забезпечує цю підтримку, розподіляючи навантаження рівномірно по всьому зубу. Однак у випадках, коли його немає, моляри стають вразливими до механічних стресів, що збільшує ризик тріщин і переломів.

Результати дослідження: дослідження показують, що наявність ферулу значно підвищує шанси на успішне довгострокове виживання ендодонтично-лікованих зубів. Зуби з ферулом демонструють кращу стійкість до навантажень і довговічність реставрацій, ніж ті, де ферул відсутній. Проте роль ферулу в молярах залишається менш вивченою, і його необхідність у таких випадках ставиться під питання. Особливо це стосується тих ситуацій, коли інші фактори, такі як якість ендодонтичного лікування та коронковий герметизм, можуть відігравати важливішу роль у забезпеченні успіху лікування.

Ключовими аспектами ефективного відновлення молярів є забезпечення адгезивних протоколів та герметизації корневих каналів. Коронковий герметизм є важливим елементом, який запобігає інфікуванню або повторному інфікуванню кореневої системи, що, у свою чергу, збільшує успіх лікування. Якісне пломбування корневих каналів також є важливим фактором для довгострокового успіху, оскільки це забезпечує бар'єр для бактерій і сприяє стабільності реставрацій.

Біомеханічні аспекти протезування молярів без ферулу також мають важливе значення. Оскільки моляри зазнають аксіальних навантажень, відсутність ферулу змушує стоматологів використовувати інші підходи до відновлення. Один із таких підходів — використання внутрішньоканальних штифтів, зокрема скловолоконних,

які мають схожий з дентином модуль пружності. Це дозволяє знизити ризик виникнення переломів і підвищити стійкість зуба до механічних навантажень. Металеві штифтові конструкції, на відміну від скловолоконних, мають набагато вищий модуль пружності, що може призвести до нерівномірного розподілу навантаження і сприяти утворенню тріщин у корені.

Сучасні композитні матеріали також мають свої переваги при відновленні зубів без ферулу. Вони дозволяють забезпечити міцне адгезивне з'єднання з твердими тканинами зуба, мінімізуючи навантаження на окремі ділянки і знижуючи ризик мікропідтікання. Це сприяє підвищенню довговічності реставрацій і забезпечує додатковий захист від можливих ускладнень.

Проте відновлення молярів із значною втратою тканин залишається складним завданням, особливо без ферулу. У таких випадках важливими стають нові технології, такі як CAD/CAM системи, що дозволяють створювати високоточні реставрації. Такі підходи допомагають забезпечити правильний розподіл навантаження та стабільність відновленого зуба, навіть за умов відсутності ферулу.

Висновки: відновлення ендодонтично-лікованих молярів без ферулу потребує індивідуального підходу, що враховує як клінічні, так і біомеханічні аспекти. Правильний підбір матеріалів та методик відновлення, таких як використання скловолоконних штифтів, сучасних адгезивних систем і цифрових технологій, може значно підвищити шанси на успішне лікування і довговічність реставрацій. Проте необхідні подальші дослідження для визначення чітких клінічних рекомендацій для таких випадків.

Ключові слова: моляри, ферул, оклюзійне навантаження, реставрація, CAD/CAM, адгезія.

ОЦІНКА СТАНУ ОПОРНИХ ТКАНИН ПРИ НЕГАЙНОМУ НАВАНТАЖЕННІ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ РІЗНИМИ ОРТОПЕДИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ У ВИПАДКАХ ВТРАТИ ЗУБІВ НА ОДНІЙ ІЗ ЩЕЛЕП

Вефелев С.Ю., Проценко А.М. Проценко Н.С.

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти

В.о. завідувача кафедри: к.мед.н., доцент А.М. Проценко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Актуальність: згідно з дослідженнями, до 67% населення України та Європи віком від 35 років потребують зубного протезування. Для відновлення зубного ряду застосовуються як знімні, так і незнімні протези, залежно від дефектів прикусу, довжини та топографії відсутніх зубів і стану пародонту. Однак більшість працездатних людей вважають знімні протези незручними, що підкреслює важливість незнімних конструкцій.

Дентальна імплантація, підтверджена численними дослідженнями, є найефективнішим методом заміщення дефектів зубного ряду. Останнім часом методи імплантації значно вдосконалилися, включаючи негайне навантаження, яке дозволяє відновити функцію та естетику зубів відразу після операції. Ключовим фактором успішної остеоінтеграції є досягнення високої первинної стабільності імплантату (35–50 Нсм).

У відповідь на сучасні потреби було впроваджено метод інтраорального зварювання елементів тимчасових протезів, що дозволяє фіксувати конструкції вже під час операції.

Мета: порівняльна оцінка стану опорних тканин при використанні різних ортопедичних конструкцій для негайного навантаження на імплантати у випадках часткової або повної втрати зубів.

Матеріали і методи: для оцінки ефективності різних ортопедичних конструкцій при негайному навантаженні імплантатів було досліджено три типи протезів: тимчасові з поліметилметакрилату (РММА), композитні конструкції з металевими балками, з'єднаними методом інтраорального зварювання, та акрилові протези з гарнітурними зубами, армовані литою балкою.

Вибірка дослідження складалася з 36 пацієнтів із повною втратою зубів на одній із щелеп. В першу групу (13 пацієнтів) увійшли ті, кому встановлювали композитні армовані конструкції з використанням інтраорального зварювання, у другу (10 пацієнтів) – тимчасові протези з РММА, у третю (13 пацієнтів) – акрилові протези з литою балкою.

Для імплантації використовували систему AnyOne (Корея) з діаметром імплантатів від 3,5 мм до 4,5 мм і довжиною від 8,5 до 15 мм. Контрольні огляди проводилися на 7-й, 30-й і 180-й день після операції.

Стан кісткової тканини оцінювали за допомогою комп'ютерної томографії та ортопантомографії до імплантації, через 7 днів, а також через 1 та 6 місяців після операції.

Результати: згідно з отриманими даними, загальна виживаність імплантатів при негайному навантаженні складала 97,7%. У першій і третій групах цей показник досяг 100%, тоді як у другій групі він склав 91,7%, що ми пов'язуємо з меншою стабільністю конструкцій з поліметилметакрилату. У другій групі було втрачено 4 імплантати, тоді як у пацієнтів з армованими металевими балками або акриловими конструкціями втрат імплантатів не спостерігалось протягом року.

У пацієнтів першої та третьої груп слизова оболонка навколо імплантатів була блідо-рожевою без ознак запалення, тоді як у 5 пацієнтів другої групи виявлено гіперемію слизової. Резорбція кісткової тканини через рік склала 0,1 мм у першій і третій групах, у той час як у другій групі вона варіювала від 1 до 3 мм, що свідчить про недостатню стабільність конструкцій.

Клінічний приклад демонструє успішне усунення повної втрати зубів на нижній щелепі з використанням імплантатів і негайним протезуванням армованою металевими балками конструкцією з інтраоральним зварюванням.

Висновки: відновлення зубів на одній щелепі за допомогою незнімних композитних конструкцій, армованих металевими балками з інтраоральним зварюванням, є перспективним методом, що скорочує час реабілітації пацієнтів та кількість хірургічних етапів. Це зменшує порушення трофіки м'яких і кісткових тканин, що позитивно впливає на остеоінтеграцію та подальше функціонування імплантатів. Висока стабільність конструкції відразу після операції мінімізує ризики резорбції кісткової тканини, що підтверджується рентгенологічними даними.

Пацієнти з акриловими протезами на литих балках мали майже аналогічні результати, але ця методика потребує додаткових хірургічних втручань, що уповільнює загоєння та підвищує ризики ускладнень.

Використання тимчасових конструкцій з поліметилметакрилату (РММА) менш ефективно через їхню недостатню стабільність, яка може спричинити запалення м'яких тканин і резорбцію кістки.

Ключові слова: поліметилметакрилат (РММА), незнімні конструкції, дентальні імплантати, остеоінтеграція, ортопедичні конструкції, втрата зубів.

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ТА РІВЕНЬ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

Воловик І.А.

Кафедра терапевтичної стоматології

Завідувачка кафедри: д.мед.н., професор Коленко Ю.Г.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: в останні десятиліття багато досліджень оцінювали потенційний зв'язок між поганим здоров'ям порожнини рота та низкою хронічних захворювань чи станів.

Підвищений рівень психоемоційного напруження в соціумі стає все більш поширеним явищем, що підкреслює необхідність вивчення ролі стрес-агентів і їх впливу на здоров'я людини і стоматологічний статус.

На сьогоднішній день вважається, що найбільш чутливою до негативних зовнішніх чи внутрішніх стрес-факторів є така вікова категорія як молодь.

Багатьма науковцями і вченими встановлено, що психоемоційний стрес має прямий та опосередкований вплив на організм людини. Він модулює імунну систему через нервову та ендокринну системи шляхом перебудови гомеостатичних механізмів. Стрес може впливати і на мікробну екологію пародонту. Непрямий вплив стресу на здоров'я ротової порожнини реалізується через зміни способу життя та впровадження шкідливих звичок: тютюнопаління, вживання алкоголю, нездорового харчування та недбалого ставлення до гігієни порожнини рота і свого здоров'я в цілому.

Потрібно продовжувати дослідження, щоб повністю зрозуміти потенційні спільні ланки між захворюваннями ротової порожнини, поганим станом порожнини рота та загальними захворюваннями чи станами.

Мета роботи: дослідити наявність взаємозв'язків між показниками стоматологічного статусу і психо-емоційного стресу у осіб молодого віку, виявити фактори ризику стоматологічних захворювань.

Матеріали та методи: проведено обстеження 109 осіб молодого віку, серед яких 61 пацієнтів, які звернулись до СМЦ НМУ імені О.О.Богомольця, та 48 студентів стоматологічного факультету НМУ імені О.О.Богомольця віком 19–20 років: чоловіки становили 43 (39,5%), жінок – 66 (60,5%). Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, біохімічні, психологічні, емпіричні, статистичний аналіз.

Клінічна оцінка: індекс КПВ, індекс O'Leary, індекс API, індекс запалення РМА, РPD, PSR, індекс кровоточивості РВІ. Психологічні тести на стрес і депресію за В.Ю.Щербатих і В.Зунгом. Біохімічні дослідження крові (кортизол). Соціологічне дослідження – анкетування з питань способу життя, медичної обізнаності.

Результати: у обстежених індекси O'Leary і API відповідали незадовільній гігієні. Індекс РМА $17\% \pm 1,6$ відповідав легкому ступеню запалення у студентів і $34,4\% \pm 1,7$ – середньому ступеню запалення у пацієнтів. Індекс РВІ $0,24 \pm 0,06$ балів у студентів і $1,2 \pm 0,09$ балів у пацієнтів. 29% студентів і 91% пацієнтів відзначають стан стресу і депресії за тестом Зунга. Встановлено кореляційні зв'язки за коефіцієнтом кореляції Спірмена між клінічними показниками, біохімічним маркером і показниками психологічних тестів.

Висновки: результати досліджень свідчать:

- про незадовільний рівень гігієни та наявність запальних процесів в тканинах пародонту у пацієнтів СМЦ і студентів НМУ;
- статистичний аналіз встановив кореляційні зв'язки за коефіцієнтом Спірмена між клінічними показниками, біохімічним маркером і рівнем стресу;
- рівень психоемоційного стресу необхідно враховувати при оцінці стоматологічного здоров'я, як фактору ризику;
- пацієнтам із підвищеними показниками стресу при складанні плану лікування необхідно робити основний акцент на мотивації, регулярній індивідуальній і професійній гігієні, а також рекомендувати консультації психолога щодо нормалізації рівня психоемоційних показників і збільшення стресостійкості організму.

Ключові слова: стоматологічний статус, гігієна, пародонт, стрес, стресостійкість.

МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЯ

Городнов Є.В.

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти

Науковий керівник: д.мед.н., професор Борисенко А.В.

В.о. завідувача кафедри: к.мед.н., доцент Проценко А.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Актуальність: захворювання пародонта, відносяться до широко розповсюджених стоматологічних хвороб, вони призводять до втрати зубів та характеризуються несприятливим впливом на організм та якість життя пацієнтів. У медицині застосовується термін «якість життя», котрий асоціюють зі здоров'ям (англ. – health-related quality of life), якій показує задоволення життям та ступенем благополуччя під час хвороби та її лікуванням. Щоб визначити ефективність тих чи інших лікувальних заходів, щодо збереження здоров'я пацієнтів, останніми роками почали використовувати такий кількісний показник, як «якість життя».

Мета: аналіз вітчизняних та зарубіжних літературних джерел та мережі Інтернет, щодо використання сучасних методик визначення «якості життя» пацієнтів стоматологічного профілю.

Матеріали і методи: у роботі використано бібліосемантичний та аналітичний методи дослідження. Джерелами інформації слугували наукові публікації, електронні бібліотеки, бази даних охорони здоров'я, інформаційні ресурси та пошукові системи мережі Інтернет.

Вивчення «якості життя» в медицині здобула популярності в ХХ ст. Це було викликано тими обставинами, що коли лікування хворих не обмежувалось тільки тим щоб подолати хворобу, а й створити умови для лікування, соціального функціонування та покращення якості їх життя. Перші публікації про оцінку «якості життя» з'явилися у 1947 р., коли D.Karnofsky запропонував шкалу, що відображала переважно фізичний стан пацієнтів. У 1960 р. була створена методика, яка дозволила більш точно оцінити важливість фізичних функціональних параметрів для клінічної оцінки стану пацієнтів – Activities of Daily Living Scale (шкала повсякденної активності) (S.Katz, 1963). Згодом інтерес до проблем дослідження «якості життя» зростає і відбивається в динаміці кількості публікацій: у 1970-ті роки публікуються 5 статей з ключовим словосполученням "quality of life". У 1998 р. кількість таких статей зросла до 16.256 і з кожним роком їх кількість збільшувалось.

Автори R.M. Kaplan та J.W Bush у 1982 р. уводять новий термін «якість життя», релевантний зі здоров'ям хворих (health-related quality of life) – HRQOL). ВООЗ у 1984 р. утворює дефініцію здоров'я не тільки як відсутність хвороб, а ще і як «стану фізичного, психічного та соціального благополуччя».

Міжнародне товариство (International Society for Quality of Life Research – ISOQOL), в 1994 році об'єднує експертів з різних напрямків щодо оцінки «якості життя» досліджуваних. У багатьох країнах світу для оптимізації процесу дослідження цієї проблеми створені та функціонують асоціації, центри, інститути, спільноти. По цій темі друкуються науково-практичні журнали, розробляються інструменти дослідження, функціонують різноманітні бази даних з оцінки «якості життя» хворих. Зокрема це: 1). Глобальна обсерваторія охорони здоров'я (сайт ВООЗ <http://www.who.int>); 2). Європейська обсерваторія якості життя (Eur LIFE) (<http://www.eurofound.europa.eu/areas/>); 3). База даних з оцінки результатів лікування та якості життя пацієнтом. (Patient-reported outcome and Quality of life instruments database (Pro Qolid)) – (<http://www.proqolid.org/>); 4). Охорона здоров'я РЕНД (RAND Health RAND Health Care) (<http://www.rand.org/health/>).

Крім інформаційних повідомлень щодо «якості життя», активно створюються численні методики, тести, опитувальники та анкети дослідження. Найчастіше використовують загальні методики: Medical Outcomes Study 36-Item Short- Form Health Status (SF-36); Quality of Life Index; Nottingham Health Profile; General Health Rating Index.

У стоматології оцінка «якості життя» пацієнтів відтворює вплив захворювань та результату їх лікування на фізичний, психологічний стан та їх соціальне благополуччя. За останні роки у світі розроблено понад 10 основних методик, що дозволяють дослідити вплив стоматологічного здоров'я на «якість життя» хворих. Найбільш інформативними у стоматології вважають:

- 1) Методика «Ступінь важливості стоматологічного здоров'я». Oral Health Impact Profile (OHIP) (1994). Авт.: G.D. Slade, A.J. Spencer;
- 2) Опитувальник «Взаємозв'язок стоматологічного здоров'я та якості життя». Oral Health – Related Quality of Life (OHQoL)» (1996). Авт.: N. Kressin зі співавт.;
- 3) Методика «Індекс стоматологічного здоров'я» RAND Dental Health Index. (1991). Авт.: T.A.Dolan.
- 4) Опитувальник «Вплив стоматологічного здоров'я на повсякденне життя». Dental Impact on Daily Living. (1996). Авт.: A.T. Leao, A. Sheiham.
- 5) Методика «Індекс стоматологічної якості життя». Oral Health Quality of Life Inventory. (1997). Авт.: J.E. Cornell та співавт.
- 6) Анкета «Вплив стоматологічного здоров'я на повсякденне життя». Oral Impact on Daily Performances (OIDP) (1996). Авт.: Adulyanon S..
- 7) Опитувальник «Індекс впливу здоров'я порожнини рота». Dental Impact Profile. (1993). Авт.: R.P.Strauss, R.J. Hunt.
- 8) Методика «Суб'єктивні індикатори здоров'я порожнини рота». Subjective Oral Health Status Indicators. (1994). Авт.: D. Locker, Y. Miller.
- 9) Опитувальник «Загальний геріатричний індекс здоров'я порожнини рота». General (Geriatric) Oral Health Assessment Index (GOHAI). (1990). Авт.: K.A. Atchison, T.A Dolan.
- 10) Тест «Соціостоматологічна шкала». Socio dental Scale. (1986). Автори: A.M.Cushing, A. Sheiham, J. Maizels.

Висновок: отже, стоматологічні захворювання впливають не тільки на загальне здоров'я хворого а й на фізичний та психологічний стан пацієнта. Хвороби спричиняють значний біль та страждання, змінюючи раціон харчування людини, її мовлення, благополуччя та якість життя. Основна мета сучасних підходів до лікування полягає у досягненні оптимального контролю над хворобою та покращенні якості життя пацієнтів. Основна увага під час лікування має бути спрямована на пацієнта, його індивідуальне сприйняття зовнішнього світу, благополуччя та якості життя. Методики дослідження «якості життя» пацієнтів стоматологічного профілю є перспективним напрямком у стоматології. Вони дають можливість точніше оцінити порушення у стані сто-

матологічного здоров'я пацієнтів, ясніше уявити суть клінічної проблеми, визначити найбільш раціональний метод лікування, а також оцінити його очікувані результати за параметрами, які знаходяться на межі наукового підходу фахівців та суб'єктивної точки зору пацієнта.

Ключові слова: якість життя, стоматологічне здоров'я, захворювання пародонта, опитувальник, методики оцінювання.

ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Етніс Л.О., Жегулович З.Є., Шемелько М.Л.

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти

Науковий керівник: д.мед.н., професор Жегулович З.Є.

В.о. завідувача кафедри: к.мед.н., доцент Проценко А.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Актуальність: ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – це збірне поняття, що об'єднує низку системних захворювань сполучної тканини з чітко не встановленою етіологією та переважною локалізацією запального процесу в опорно-руховому апараті, що розвиваються у дітей віком молодше 16 років. Поширеність цього захворювання в Україні оцінюється на рівні 0,37 випадка на 1000 дітей віком до 17 років із тенденцією до зростання, тому воно являє собою важливу медико-соціальну проблему. При ЮІА можуть уражатися всі суглоби, включаючи скронево-нижньощелепний суглоб (СНЩС). Крім безпосереднього запального ураження та деформації СНЩС та вираженого больового синдрому, можливий опосередкований вплив захворювання ЮІА на розвиток оклюзійних розладів. На етапах росту та формування зубощелепної системи навіть незначний запальний процес в синовіальній оболонці призводить до порушення розвитку СНЩС, який є зоною росту нижньої щелепи, що в свою чергу сприяє формуванню неправильних оклюзійних взаємовідношень. В свою чергу, порушена через ураження опорно-рухового апарату моторика, больова симптоматика, обмежене відкривання рота, можлива побічна дія медикаментозної терапії, обмежений доступ до кваліфікованої стоматологічної допомоги сприяють зниженню якості гігієни порожнини рота і негативно впливають на стоматологічне здоров'я пацієнта. Знання особливостей стоматологічного статусу хворих на ЮІА та виявлення можливих факторів ризику розвитку стоматологічних захворювань зможе підвищити ефективність комплексної реабілітації таких пацієнтів.

Мета: вивчення особливостей стану ротової порожнини у молодих пацієнтів з ЮІА та проаналізувати взаємозв'язок захворювання ЮІА та стану твердих тканин зубів і тканин пародонта на ранніх стадіях розвитку дисфункційних станів зубощелепного апарату а також рівня гігієни ротової порожнини.

Матеріали та методи: нами було обстежено 19 пацієнтів (12 жінок та 7 чоловіків) віком від 18 до 36 років (середній вік $21,3 \pm 8,3$ років) з встановленим діагнозом ЮІА в анамнезі. До групи порівняння увійшли 20 молодих осіб (10 жінок і 10 чоловіків) віком від 18 до 35 років (середній вік $23,7 \pm 6,2$ років), які не мали в анамнезі ЮІА чи інших системних соматичних патологій. До дослідження не включались пацієнти з декомпенсованими формами ЮІА, анкілозами скронево-нижньощелепних суглобів, дефектами зубних рядів великої протяжності, генералізованим пародонтитом III ступеню, вираженими психічними розладами, алкогольною чи наркотичною залежністю. Всі пацієнти пройшли стоматологічне обстеження у Стоматологічному медичному центрі НМУ імені О.О. Богомольця у період з 2018 по 2023 рр. Для оцінки стану твердих тканин зубів застосовували індекс КПВ (з). Стан тканин пародонта оцінювали за допомогою стандартних методів клінічного та рентгенологічного дослідження. Для виявлення ступеня і характеру резорбції міжальвеолярних перегородок альвеолярних відростків проводили ортопантомографію та визначали ступінь деструкції кісткової тканини навколо всіх зубів. Для оцінки стану пародонту проводили визначення пародонтальних індексів (РМА), результати заносили до карти пародонтологічного обстеження. Для вивчення оцінки запального процесу в яснах застосовували модифіковану методику визначення папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) за Parma. Також визначали ступінь патологічної рухомості за Ентіним. Оцінку стану гігієни ротової порожнини проводили за допомогою спрощеного гігієнічного індексу Гріна-Вермільйона. Статистичний аналіз проводили за допомогою статистич-

ного пакету MedStat. Дані представлені як середнє \pm стандартне відхилення (SD) для безперервних змінних у випадку нормального розподілу даних та медіана (25% квантиль; 75% квантиль) у протилежному випадку. Перевірка розподілу даних проведена за допомогою критерію Шапіро-Уїлка. Для порівняння груп досліджених за кількісними ознаками використано критерії Стюдента та Манна-Уїтні, для якісних - критерій χ^2 . Статистично значимим вважалося значення імовірності $p < 0,05$.

Результати: у всіх 19 (100%) пацієнтів з ЮІА було виявлено карієс зубів; середнє значення індексу КПВ (з) становило $8,84 \pm 4,19$. У групі молодих осіб без загальносоматичної патології карієс було виявлено у 18 (90%) обстежених; середнє значення індексу КПВ (з) становило $3,95 \pm 2,87$, що статистично значимо ($p < 0,001$) менше, ніж у групі пацієнтів з ЮІА. У всіх 19 (100%) пацієнтів з ЮІА було виявлено генералізований пародонтит I ступеня, що супроводжувався гінгівітом легкого чи середнього ступеня важкості. Хворі скаржились на кровотечу з ясен під час прийому їжі та чищення зубів, болочість, гіперемію ясен. При введенні пародонтального зонда інтерпроксимально відзначали лінійну кровотечу із заповненням кров'ю міжзубного ясенного трикутника. Спостерігались пародонтальні кишені глибиною 3-5 мм з серозним вмістом. У 17 (89,5%) пацієнтів спостерігали патологічну рухомість зубів I-II ступеня. Середнє значення індексу РМА у пацієнтів з ЮІА складало $36,42 \pm 3,27$. У 15 (75%) осіб молодого віку без ЮІА було виявлено гінгівіт легкого чи середнього ступеня важкості, в той час як генералізований пародонтит спостерігався тільки у 7 (35%) обстежених. Серед скарг відмічались незначна кровоточивість, гіперемія, набряклість ясен. У 5 (25%) обстежених спостерігали патологічну рухомість зубів I ступеня. Середнє значення індексу РМА осіб молодого віку без ЮІА складало $14,21 \pm 2,18$. Середнє значення гігієнічного індексу Гріна-Вермільйона у пацієнтів з ЮІА становило $2,14 \pm 0,24$. А у молодих осіб без загальносоматичної патології цей індекс становив $1,33 \pm 0,15$, що статистично значимо ($p < 0,01$) менше, ніж у групі пацієнтів з ЮІА.

Висновки: отримані нами результати підтверджують літературні дані про підвищений рівень поширеності та інтенсивності каріозного ураження зубів і захворювань тканин пародонта та знижений рівень гігієни ротової порожнини у молодих пацієнтів з ЮІА порівняно з їх однолітками без загальносоматичної патології. Високі показники розповсюженості та інтенсивності каріозного ураження зубів при ЮІА, особливо за відсутності адекватного лікування, може бути підґрунтям розвитку порушення оклюзії. Аналізуючи отримані результати, а також після порівняння із даними, отриманими з літературних джерел, можна припустити, що важливими факторами погіршення стоматологічного статусу у молодих пацієнтів з ЮІА стали недостатність функції жування та ковтання, обмеження відкривання рота, що обумовлено ураженням СНЩС і проявами больового синдрому, що також могло супроводжуватись незадовільною гігієною ротової порожнини внаслідок недосконалості мануальних навичок на фоні ураження опорно-рухового апарату та погіршення моторики при ураженні верхніх кінцівок. Враховуючи взаємозв'язки патогенетичних механізмів та можливе взаємообтяження стоматологічної та загальносоматичної патології, це підкреслює особливу важливість ранньої діагностики та профілактики основних стоматологічних захворювань у пацієнтів з ЮІА та обумовлює необхідність розробки комплексної стоматологічної реабілітації цих хворих.

Ключові слова: ювенільний ідіопатичний артрит, СНЩС, дентальна оклюзія, карієс зубів, захворювання пародонта.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВОГО ДЕФЕКТУ ЩЕЛЕПИ КРОЛЯ ПРИ ВИКОРИСТАННІ СИНТЕТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ КАЛЬЦІЙ-ФОСФАТНОЇ КЕРАМІКИ, ЛЕГОВАНОЇ ГЕРМАНІЄМ

Жмурко А.О., Копчак А.В.

*Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій
Інституту післядипломної освіти*

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: заміщення дефектів альвеолярних відростків щелеп є важливою передумовою успішної протетичної реабілітації, зокрема із опорою на дентальні імплантати. Існуючі кістковозаміщуючі матеріали

тваринного та синтетичного походження мають високу вартість і недостатню ефективність при несприятливих клінічних умовах і окремих типах дефектів. Інститутом проблем матеріалознавства НАН України розроблено новий кістковозаміщувачий матеріал на основі кальцій-фосфатної кераміки, легованої германієм (К-ФКлGe), що має потенційні переваги над існуючими. В стоматологічній практиці цей матеріал раніше не використовувався.

Мета: в експерименті на тваринах вивчити ефективність застосування К-ФКлGe для заміщення дірчастих дефектів нижньої щелепи кролів та порівняти її із ксеногенним кістковозаміщувачим матеріалом.

Матеріали та методи: для дослідження *in vivo* було використано 30 сертифікованих лабораторних кролів, які були поділені на основну (1 група) та групу порівняння (2 група). Проведені дослідження схвалені Етичним комітетом Білоцерківського національного аграрного університету. Були сформовані наскрізні кісткові дефекти в ділянці кута нижньої щелепи діаметром 7 мм, що заміщувалися К-ФКлGe (вміст Ge 1%-1.5 %) у 1 групі та депротейнізованим ксеноматеріалом, отриманим з великої рогатої худоби у 2 групі. Для контролю в обох групах робили дефект з протилежного боку щелепи, який загоювався під кров'яним згустком. Тваринам було проведено рентгенологічне дослідження черепа в боковій проекції на 7, 21, 42, 90 добу. Тварин виводили з експерименту на 21, 42 та 90 добу шляхом передозування тіопенталового наркозу (5 тварин на точку спостереження). З ділянки дефекту було проведено забір матеріалу для гістологічного дослідження та статистичного аналізу.

Результати: було встановлено, що найкраще ремоделювання кісткової тканини на 90 добу відбувалося в 1 групі, що проявлялося утворенням зрілої пластинчастої кістки, диференціацією кісткової тканини, щільним приляганням гранул до новоутвореної кістки, частковій деградації гранул, наявністю активних остеобластів. У 2 групі на 90 добу гранули повністю резорбувалися і на їх місці спостерігались порожнини або малодиференційована кістка. У 1 групі ширина новоутворених трабекул між та навколо гранул на всіх строках дослідження більша ніж у 2 групі (на 11.35-121.45 %), до того ж ширина трабекул на всіх строках дослідження більша у «пустих» дефектах, ніж у дефектах 2 групи (на 4.46-30.74%) ($p < 0,05$).

Висновки: синтетичний матеріал з К-ФКлGe в експерименті на кролях забезпечує вірогідно кращий результат, ніж ксеноматеріал та ніж в контрольних, незаповнених дефектах, що є підґрунтям для проведення подальших клінічних досліджень.

Ключові слова: гранули, кістка, кістковозаміщувачий, ксеноматеріал, ремоделювання, трабекули.

ЕФЕКТИВІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНІХ ПОРУШЕНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ ШЛЯХОМ МЕТОДУ ГІДРАВЛІЧНОЇ РЕПОЗИЦІЇ

Костюк Т.Р., Литовченко Н.М.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

В.о. завідувача кафедрою: д.мед.н., професор Астапенко О.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

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

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

Матеріали і методи: у дослідження було включено 20 пацієнтів: з них 17 жінок (85%) та 3 чоловіка (15%), середній вік яких складав 31 ± 6 років, з діагнозом "Передня дислокація суглобового диска скронево-нижньощелепного суглоба", що підтверджено магнітно-резонансною томографією СНЩС. За показаннями, попередньо індивідуально визначивши орієнтир місця входу голки, було проведено ін'єкцію препаратами гіалуронової кислоти у кількості 1,5-2 мл (сумарно) у нижню та верхню суглобові щілини з метою гідравлічного впливу на суг-

лобовий диск. Контроль введення препарату здійснювався в режимі реального часу. При проведенні клінічного огляду та обстеження було виведено наступне: 14 пацієнтам був встановлений діагноз: «Вентральна дислокація суглобового диска СНЩС з репозицією» та 6 пацієнтам діагностовано «Вентральна дислокація суглобового диска СНЩС без репозиції». Відповідно була сформована I клінічна група, що склала 70% (14 осіб) та II клінічна група – 30% (6 осіб). Протягом 6 місяців було проведено лікування внутрішніх порушень СНЩС за допомогою виготовлення індивідуальної гнатологічної капи та проведення курсу гідравлічної репозиції суглобового диска СНЩС в залежності від клінічного випадку. Для аналізу використовувалися методи описової статистики для опису середніх статистичних показників популяції та дисперсії значень. Методи порівняння для кількісних змінних були використані параметричні критерії - t-критерій Ст'юдента. Статистична обробка проводилася із використанням статичної програми Excel. Результат вважався достовірним при $p < 0,05$.

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

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

Ключові слова: суглобовий диск, скронево-нижньощелепний суглоб, гідравлічна репозиція, гіалуронова кислота, гнатологічна капа.

ПРОБЛЕМИ КОМОРБІДНОСТІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ

Ленігевич А.М.

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти

В.о. зав. кафедрою: к.мед.н., доцент А.М. Проценко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: більшість епідеміологічні дослідження доводять взаємозв'язок між захворювання пародонту та цукровим діабетом. Сучасне бачення про захворювання пародонту не тільки як про ускладнення, а й про фактор ризику цукрового діабету, потребує удосконалення підходів до терапії та профілактики коморбідної патології.

Захворювання пародонта – це одна з найбільш поширених і найскладніших проблем у сучасній світовій стоматології. Дослідження взаємозв'язку патологічних змін у пародонті та цукрового діабету 2 типу, що діагностують у 90 % хворих на цукровий діабет, стало об'єктом численних досліджень, в яких доведено, що не лише системна патологія впливає на стан порожнини рота, але і стоматологічні захворювання впливають на перебіг основної патології.

Результати численних досліджень вказують на високу поширеність ураження тканин пародонта у хворих на цукровий діабет 2 типу. Протягом багатьох років епідеміологічні дослідження повідомляють про підвищення частоти, поширеності та тяжкості пародонтиту серед пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу. Доведено, що діабет

є добре прогнозованим фактором ризику захворювань пародонту і, навпаки, вважається, що пародонтит впливає на системний запальний стан, резистентність до інсуліну та метаболізм ліпідів і глюкози.

Лікарі-стоматологи успішно лікують захворювання пародонту як у пацієнтів, які не мають соматичних патологій, так і у людей з ендокринопатіями та іншими системними захворюваннями. Стабільність позитивного результату лікування призвела до того, що накопичення клінічних даних значно випередило зростання теоретичної бази, яка відображає механізми та етапи руйнування тканин пародонту при загальносоматичних захворюваннях. Наразі виникла необхідність проведення фундаментальних досліджень, спрямованих на виявлення етапів патогенезу порушень у тканинах пародонту, зокрема в круговій зв'язці, як основному елементі, що забезпечує біомеханічні характеристики зуба.

Мета: вивчити проблеми коморбідності генералізованого пародонтиту та цукрового діабету 2-го типу.

Матеріали і методи: у нашому дослідженні ми користувалися аналітичними методами (огляд літератури), а також застосовували клініко-рентгенологічні та статистичні методи.

Результати дослідження: враховуючи результати сучасних досліджень, сформувалось усвідомлення, що не просто наявність діагнозу цукровий діабет негативно впливає на здоров'я пародонта, скоріше, саме рівень (тяжкість) гіперглікемії є визначальним фактором. Слід відмітити, що розвиток цукрового діабету 2 типу супроводжується явищами гіперглікемії, гіперліпідемії та імунної дисфункції, тобто аналогічними процесами, що залучені до патогенезу хронічного пародонтиту.

Пацієнти з погано контрольованим ЦД 2 типу мають збільшену запальну відповідь на бактеріальний виклик пародонтиту. Гіперзапальна відповідь у поєднанні з порушенням загоєння та відновлення ран посилює руйнування тканин пародонта у цих пацієнтів. Так, підвищені рівні прозапальних медіаторів при погано контрольованому діабеті призводять до хронічного запалення, прогресуючого руйнування тканин і зниження здатності тканин до відновлення.

Хронічний пародонтит одна із клінічних проявів цукрового діабету, тобто є коморбідними захворюваннями, але й дозволили стверджувати, що відсутність позитивного ефекту традиційної терапії хронічного пародонтиту може стати приводом для клініко-лабораторного обстеження пацієнта щодо виявлення цукрового діабету 2-го типу. Крім того, високий рівень глікемії та глікозильованого гемоглобіну налаштовує лікаря-стоматолога на тривалий період лікування в тісному контакті з лікарем-ендокринологом, завданням якого є компенсація цукрового діабету, а у випадках тривалої та не компенсованої гіперглікемії – не чекати позитивного ефекту від традиційної терапії, яка є витратною як в економічному плані, так і в трудовитратах, обговоривши це з пацієнтом.

Висновки: таким чином, численними дослідженнями з проблеми коморбідності генералізованого пародонтиту та цукрового діабету 2-го типу доводять взаємозв'язок цукрового діабету з розвитком запальних та деструктивних змін у пародонті. При цьому, на тлі цукрового діабету захворювання пародонту виникають раніше, ніж у пацієнтів без ендокринної патології, мають більш тяжкий перебіг і прогресують швидше. Захворювання пародонта при цукровому діабеті 2 типу мають специфічний перебіг внаслідок метаболічних, запальних порушень і системної ангіопатії. Аналіз сучасної літератури дозволяє стверджувати, що скринінг захворювань пародонта має бути частиною клінічного обстеження пацієнтів з цукровим діабетом, а лікування хронічного генералізованого пародонтиту буде сприяти покращенню не тільки стоматологічного статусу пацієнтів, а й глікемічного контролю і зниженню кількості діабетичних ускладнень.

Ключові слова: генералізований пародонтит, цукровий діабет 2 типу, деструкція пародонта, глікемічний контроль, стоматологічний статус.

АНАЛІЗ БІОСУМІСНОСТІ ЕСТЕТИЧНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ

Ожоган П.З., Рожко М.М., Ожоган З.Р.

Кафедра ортопедичної стоматології

Зав. кафедрою: д.мед.н., професор Ожоган З.Р.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Київ, Україна

Актуальність: естетичне відновлення дефектів твердих тканин зубів займає одне з провідних місць у клінічній ортопедичній стоматології. У значній частини пацієнтів використовуються безметалові непрямі реставрації, зокрема прес-керамічні коронки, коронки на основі діоксиду циркону та керамічні вініри.

Вивчення поверхонь на мікро- та нанорівнях набуває все більшого значення в стоматологічних дослідженнях, і дозволяє розкривати складні взаємодії між естетичними стоматологічними матеріалами та середовищем ротової порожнини, з'ясувати фактори, що визначають біосумісність матеріалів незнімних протезів. Морфологічні вимірювання за допомогою атомно-силової мікроскопії (АСМ) показали, як мікро- та нанорозмірні особливості поверхні глибоко впливають на такі явища, як бактеріальна адгезія, утворення біоплівки. Вимірювання змочування поверхні, а саме аналіз крайового кута змочування (КЗ), доповнюють дані АСМ, характеризують поверхневу енергію та гідрофобність, які є важливими чинниками у визначенні моделей адсорбції білка, клітинної адгезії та взаємодії ротової рідини з поверхнею естетичних матеріалів зубних протезів. Вивчення біосумісності матеріалів для сучасних безметалових незнімних реставрацій є актуальним напрямом досліджень, а на основі клінічних спостережень доведено високу ефективність непрямих безметалових реставрацій.

Мета: вивчити біосумісність матеріалів для сучасних безметалових незнімних реставрацій за допомогою експериментальних досліджень

Матеріали і методи: Вивчено біосумісність естетичних конструкційних матеріалів, їх біоадгезію на нанорівні з використанням методів атомно-силової мікроскопії на зразках діоксид циркону, прескераміки, металокераміки. Рельєф поверхонь зразків досліджувався з допомогою цифрової оптичної мікроскопії, мікро-профілометрії та атомно-силової мікроскопії. Змочуваність поверхонь на макрорівні визначали методом вимірювання крайового кута змочування стаціонарної краплі.

Результати дослідження: Діоксид циркону і металокераміка мають подібні значення кута змочування, що свідчить про схожу величину поверхневої енергії. Зокрема, діоксид циркону і металокераміка мають близькі значення кута змочування (86,5° та 85,1°, відповідно), а удвічі менший показник кута змочування реєструється на прескераміці (40,7°). Разом з тим, найкращу змочуваність, має емаль, де зареєстровано мінімальний кут змочування з усіх досліджених матеріалів (11,1°). Діоксид циркону (ZrO_2) має високу хімічну стабільність та відносно низьку поверхневу енергію. Металокераміка на основі $CoCr$, має поверхню, на якій переважають оксиди металів, що може зумовлювати змочування, подібне до діоксиду циркону. Прескераміка має значно нижчий кут змочування, що вказує на вищу поверхневу енергію та покращену змочуваність.

Порівнюючи такі параметри поверхонь естетичних матеріалів як капілярні сили, робота адгезії, відстань взаємодії із кутом змочування та шорсткість, ми отримали комплексну, багаторівневу оцінку властивостей поверхні естетичних матеріалів, що вказує на високий потенціал для інтеграції в тканини і протидію розвитку запальних процесів.

Висновки: на основі проведених вимірювань змочувальних та адгезивних властивостей естетичних стоматологічних матеріалів на макро- та нанорівнях можна вказати, що діоксид циркону демонструючи найменші відстані розділення та величини роботи адгезії має багатообіцяючі властивості для стоматологічного застосування та переваги для ортопедичного лікування пацієнтів.

Ключові слова: стоматологічні матеріали, біосумісність, прескераміка, металокераміка, діоксид циркону, адгезія, ортопедичне лікування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАМІЩЕННЯ МІННО-ВИБУХОВИХ ТА ВОГНЕПАЛЬНИХ ДЕФЕКТІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ З ГРЕБЕНЯ КЛУБОВОЇ КІСТКИ В УМОВАХ ЗНАЧНОГО М'ЯКОТКАННОГО ДЕФІЦИТУ

Османов Б.Х., Чепурний Ю.В., Копчак А.В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій ІПО

Завідувач кафедру: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: реконструкція дефектів нижньої щелепи (ДНЩ), спричинених бойовою травмою, є складним завданням для клініцистів через значну авульсію м'яких тканин у зоні кісткового дефекту та високий відсоток післяопераційних ускладнень. Застосування класичних методів реконструкції нижньої щелепи, у тому числі з використанням складних васкуляризованих клаптів, першочергово спрямоване на відновлення кісткового дефекту, проте їх ефективність зменшується в умовах м'якотканного дефіциту.

Мета: вивчення ефективності заміщення дефектів нижньої щелепи, спричинених вибуховою та вогнепальною травмою, аутоотрансплантатом із гребеня клубової кістки в умовах значного м'якотканного дефіциту.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 24 пацієнти з 27 дефектами нижньої щелепи, спричиненими високоенергійною травмою. Кісткові дефекти було заміщено аутоотрансплантатом із ГКК. Дефекти м'яких тканин (ДМТ) перімандибулярної ділянки, у разі їх наявності, заміщалися регіонарними або вільними клаптями на мікросудинних анастомозах. Було вивчено вплив м'якотканного дефіциту на виживаність кісткового трансплантата. Інші дані, такі як час, що минув від травми до операції, довжина і локалізація дефекту, післяопераційні ускладнення також було проаналізовано. Мінімальний період післяопераційного спостереження становив 6 місяців. За результатами реконструкції проведено статистичний аналіз із використанням t-критерію Ст'юдента для непов'язаних вибірок для кількісних даних, та тестів Фішера й Пірсона для якісних даних на рівні значущості $p < 0,05$.

Результати: середня довжина 27 ДНЩ становила $3,7 \pm 1,6$ см. ДМТ (слизової оболонки та/або шкіри) були наявні у 19 випадках (70,4%). Сім із них (малі дефекти) були усунені за допомогою місцевопластичних технік. У 12 випадках (великі дефекти) були усунені вільними або регіонарними клаптями: передньо-латеральним клаптем стегна (ALTF) / платизмальним клаптем (PMF) / слизово-м'язовим клаптем лицевої артерії (FAMMF). У 8 випадках ДМТ були відсутні, і ГКК було перекрито без натяга. Загальний показник виживаності аутоотрансплантата з ГКК становив 62,5% у 24 пацієнтів. У групі заміщених великих дефектів виживаність становила 75%, тоді як у групі малих дефектів цей показник становив лише 14,3%. Так, навіть малі ДМТ достовірно впливали на успішність виживаності трансплантата з ГКК та розвиток післяопераційних ускладнень (оголення трансплантата/фіксаторів, відторгнення/злам фіксаторів, інфекція) ($p < 0,05$). Розмір та локалізація кісткового дефекту не впливали на результати операції ($p > 0,05$). Реконструкції, проведені раніше після отримання травми ($132,5 \pm 75,6$ днів), достовірно мали гірший показник виживаності трансплантату, ніж втручання, проведені пізніше ($229,6 \pm 63,8$ днів) ($p < 0,05$).

Висновки: реконструкція мінно-вибухових та вогнепальних ДНЩ із значною авульсією навколишніх м'яких тканин трансплантатом із ГКК може ефективно використовуватися за умов попереднього або одночасного заміщення ДМТ вільними або регіонарними клаптями. Навіть при малих ДМТ застосування аутоотрансплантата з ГКК приречене на невдачу. Більший проміжок часу між травмою та оперативним втручанням підвищує успішність реконструкції.

Ключові слова: дефекти нижньої щелепи, дефекти м'яких тканин, мінно-вибухова травма, аутоотрансплантат із гребеня клубової кістки, регіонарні клапті, вільні клапті на мікросудинних анастомозах, передньо-латеральний клапоть стегна.

ЗАСТОСУВАННЯ НОВОГО 3D ЦЕФАЛОМЕТРИЧНОГО АНАЛІЗУ НА КПКТ СЕРЕДНЬОГО ПОЛЯ ЗОРУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОСТОРОВОГО ПОЛОЖЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ТА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ 7-12 РОКІВ З САГІТАЛЬНИМИ АНОМАЛІЯМИ ПРИКУСУ

Ращенко Н.В., Вишемирська Т.А., Стороженко К.В.

Кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: 2D цефалограми є стандартним протоколом діагностики аномалії росту і розвитку серед ортодонтичних пацієнтів, які допомагають контролювати динаміку під час лікування шляхом оцінки взаємозв'язку між структурами скелета та зубами. Однак 2D цефалометричні рентгенограми мають значні обмеження через накладення анатомічних структур, двовимірне сплюснення і різні збільшення анатомічних структур лицевого черепа.

Конусно-променева комп'ютерна томографія дозволила візуалізувати всі анатомічні структури лицевого черепа в деталях, оскільки КПКТ сканування створює ряд зображень поперечного перерізу в трьох площинах, а також дозволяє створювати тривимірні реконструкції 3D структур, включаючи зуби, щелепи, СНЩС, дихальні шляхи, пазухи, носову порожнину та структури м'яких тканин обличчя.

Однак, не зважаючи на широке використання КПКТ в стоматології, його застосування саме для діагностики зубощелепних аномалій дещо обмежено за рахунок відсутності протоколів та методів спеціальних аналізів.

Мета: оцінити результати просторового положення верхньої та нижньої щелепи за допомогою нового 3D цефалометричного аналізу DVБ на основі даних КПКТ верхньої та нижньої щелепи (середнє FOV) для дітей 7-12 років з сагітальними аномаліями прикусу шляхом вимірювання кутових та лінійних параметрів: А-TVP, В-TVP, \angle TVP-AB.

Матеріали та методи: на кафедрі ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології було обстежено та проведено лікування 37 дітей з сагітальними аномаліями прикусу незнімним ортодонтичним апаратом для швидкого розширення верхньої щелепи, які були розділені на 2 групи: I група -раннього змінного періоду прикусу (26 дітей), II – пізнього періоду змінного прикусу (11 дітей).

Результати: за результатами даних змін скелетних параметрів цефалометричного аналізу до та після лікування пацієнтів з дистальним прикусом, можемо зробити висновок, що у I групі дослідження у 4 (14%) пацієнтів відбулась нормалізація положення нижньої щелепи, у 2 (7%) відмічалась нормогнатія верхньої щелепи. Зміна кутового параметру \angle TVP-AB з $14,80^{\circ} \pm 3,55$ до $12,82^{\circ} \pm 2,18$ свідчить про те, що скелетний дистальний прикус в більшості випадків змінився на параметри, що відповідають нормі. У 3 (11%) пацієнтів II групи дослідження відмічалась нормалізація положення нижньої щелепи. Зміна кутового параметру \angle TVP-AB з $15,49^{\circ} \pm 1,86$ до $12,38^{\circ} \pm 2,01$ свідчить про те, що зміни параметрів скелетного дистального прикусу наближені до норми.

Висновки: сучасні методи діагностики в ортодонції, зокрема 3D візуалізація та цифрові протоколи аналізу лицевого черепа на її основі, дозволяють підняти рівень лікування пацієнтів із зубощелепними аномаліями на більш якісний.

Ключові слова: 3D цефалометричний аналіз, конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ), сагітальні аномалії прикусу, зубо-щелепні аномалії, скелетний дистальний прикус.

ОКИСНИЙ СТРЕС ТА АНТИОКСИДАНТНІ МАРКЕРИ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТИТА, АСОЦІЙОВАНОГО З НЕРВОВОЮ АНОРЕКСІЄЮ

Решетник Л.Л., Мельничук Т.А.

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти

В.о.зав.кафедрою: к.мед.н, доцент А.М. Проценко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: розлади харчової поведінки (РХП) - це група психопатологічних розладів, що впливають на стосунки між пацієнтом, їжею та власним тілом, що проявляється через спотворену або хаотичну харчову поведінку. В даний час Американська психіатрична асоціація класифікувала ці розлади на: нервову анорексію (НА), нервову булімію (НБ) і розлади харчової поведінки, не визначені інакше. НА характеризується обмеженням їжі, що призводить до недостатньої ваги, НБ визначається переїданням і невідповідною компенсаторною поведінкою, такою як самоіндукована блювота, використання проносних/діуретиків і надмірні фізичні навантаження, тоді як невизначені РХП відносяться до тих, які не відповідає всім критеріям з двох інших синдромів. Зараз РХП є справжньою соціальною епідемією і є найпоширенішими захворюваннями серед підлітків.

Усі ці розлади пов'язані з широким спектром несприятливих психологічних, генетичних, фізичних і соціальних наслідків. РХП можуть спричинити низку медичних ускладнень через недоїдання, самоіндуковану блювоту та зловживання наркотиками. Можуть бути уражені різні органи та системи організму із різним ступенем ураження, що залежить від тяжкості та тривалості захворювання. Деякі органи та системи, наприклад, кісткова тканина, печінка, нирки та емаль зубів, можуть зазнати остаточного пошкодження з незворотнім відновленням ваги. Всі ці медичні ускладнення в більшості випадків можуть призвести до смерті пацієнта. Дійсно, рівень смертності таких пацієнтів значно вищий, ніж очікуваний для населення аналогічного віку, і складає від 5,9% до 8,4%.

Крім того, оральні прояви РХП залежать від тривалості та частоти дисфункціональної поведінки, індукції блювання, використання ліків, дієти та рівня гігієни ротової порожнини пацієнта. Вражаючи як м'які, так і тверді тканини, вони включають низку ознак і симптомів, пов'язаних із навколоротовими тканинами, слизовою оболонкою порожнини рота, зубами (такі як ерозія зубів і карієс), пародонтом, слинними залозами та скронево-нижньощелепним суглобом.

Мета: провести систематичний огляд та метааналіз окисного стресу та антиоксидантних маркерів у пацієнтів з генералізованими захворюваннями пародонта при нервовій анорексії.

Матеріали та методи: електронний пошук PubMed з моменту створення бази даних до 31.12.2023 року. З 1062 збігів підходили 29 досліджень, які порівнюють маркери окислювального стресу/антиоксидантів між пацієнтами з НА при генералізованих захворювань пародонту (ГЗП) та здоровими контрольними групами (К) із загальною кількістю учасників 1729 (НА = 895, ЗК = 834). Були вилучені дані про окислювальний стрес та антиоксидантні маркери, незалежно від їх джерела. Ми розрахували стандартизовані середні відмінності випадкових ефектів (SMD) як міру розміру ефекту для результатів, про які повідомлялося в ≥ 5 дослідженнях; інші були резюмовані описово.

Результати дослідження: у порівнянні з К групою, у пацієнтів з ГЗП при НА спостерігалися значно вищі рівні аполіпопротеїну В (АроВ) (дослідження = 7; n = 551; SMD = 0,75; p = 0,0003, I(2) = 74%), причому більш високий вік пов'язаний з більш високим АроВ (коефіцієнт: $0,61 \pm 0,15$, p < 0,0001), тоді як індекс маси тіла ІМТ (p=0,15) та метод вимірювання (p=0,7) не вплинули на результати. Рівні сироваткового альбуміну були однаковими у пацієнтів з ГЗП при НА та ЗК групою (дослідження = 13; n = 509; SMD = -0,19; 95% ДІ: від -0,62 до 0,24; p=0,38; I(2) = 81%), незалежно від віку (p=0,84), а також ІМТ (p=0,52) не є значущими модераторами. У двох дослідженнях повідомлялося про нижчі рівні супероксиддисмутази, тоді як результати з вітаміну А та його метаболітів були непереконливими. В окремих дослідженнях у пацієнтів з ГЗП при НА спостерігалися значно вищі рівні параметрів каталази та оксиду азоту (NO) (NO тромбоцитів, NO у видихуваному повітрі та нітрити), такі як нижчі рівні глутатіону та вільного цистеїну, порівняно з ЗК.

Висновок: нервова анорексія пов'язана з деякими маркерами підвищеного окислювального стресу. Необхідні додаткові дослідження, щоб з'ясувати, чи окислювальний стрес є потенційною причиною або наслідком нервової анорексії, і чи можуть методи лікування, що покращують окислювальний стрес, бути корисними при цьому захворюванні.

Ключові слова: нервова анорексія; розлади харчової поведінки; антиоксидантна система; генералізовані захворювання пародонта; окислювальний стрес.

КЛІНІЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ПОКАЗНИКА ВАСКУЛО-ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ПОЧАТКОВОГО-ПЕРШОГО СТУПЕНЮ, ХРОНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ

Сергеева А.В.

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти

Науковий керівник: д.мед.н., професор А.В. Борисенко

В.о.зав.кафедрою: к.мед.н, доцент А.М. Проценко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: лікування генералізованого пародонтиту початкового-першого ступеню хронічного перебігу (ГП) серед осіб молодого віку (18-35 років) набуває в теперішній час все більше актуальність. Це пов'язано зростанням та поширенням санітарно-профілактичної роботи серед населення, їхньої мотивації, достатньої спроможності проведення професійної гігієни порожнини рота. В той же час, ця група пацієнтів потребує більш детального лікування для остаточного рішення проблеми на початковому етапі захворювання. Традиційні методи лікування неспроможні вирішувати ці етіопатогенетичні ланки, що потребують більш деталізованого наукового дослідження, насамперед пов'язаного з регуляцією та характеристикою активності ангіогенезу. Ангіогенез – це процес направлений на розгалуження нових капілярних, посткапілярних венул від основних існуючих периферичних судин, передбачає формування тубулярних структур для забезпечення зруйнованого кровообігу. В регуляції ангіогенезу приймають участь фактори росту фібробластів, епідермальні фактори, фактори росту тромбоцитів, фактор некрозу пухлин, інтерлейкіни та інші. Ключовим регулятором серед них є фактор росту ендотелію судин (VEGF), який вступає як фактор високої проникності судин та мітоген тільки по відношенню до ендотеліальних клітин. Він сприяє хемотаксису моноцитів, активує експресію оксиду азота, цитокінів для створення умов вазодилатації. Як відомо, при початковому ступені ГП у тканинах пародонта відбувається місцевий стрес, в першу чергу пов'язаний з існуючими набутими травматичними вузлами та порушенням оклюзійної площини. Тому, проведення скрінінгу вмісту VEGF у пародонтальних кишнях, визначаються супра- (гіпер) у порівнянні з вмістом цього фактору у пародонтальних кишнях з існуючим хронічним запаленням – є актуальне сучасне питання.

Мета: виявити та провести аналіз VEGF вмісту пародонтальних кишень у хворих ГП.

Матеріал методи: для проведення дослідження було обрано 36 молодих осіб, чоловічої – 17, жіночої – 18, 18-35 років. Контрольну групу складало 13 осіб. Визначення вмісту імунологічних показників у пародонтальних кишнях проводили за розробленою методикою, (заявка на патент №202402219 від 26.04.24) концентрацію VEGF у сироватці крові пародонтальних кишень визначали імуноферментним методом з використанням тест системи Elabscience® Human VEGF-A (Vascular Endothelial Cell Growth Factor A) ELISA Kit згідно з методичними рекомендаціями фірми-виробника. Результати виражали в pg/ml. Чутливість для даної системи - 10 pg/ml. Референтні значення 10 – 42,6 pg/ml. Всі обстежені давали добровольно інформовану згоду на проведення клінічного та лабораторного дослідження. Клінічний діагноз виставлено згідно з об'єктивними тестами, індексами обстеження тканин пародонта, рентгенологічними методами обстеження, отримання відбитків з щелеп, між-оклюзійні контакти визначалися з використанням двошарового копіювального паперу. Статистично значимим результатом вважалось при $P \leq 0,05$. Наукові дослідження проведені у відділі імунології та біохімії Національного інституту кардіології, клінічної регенеративної медицини імені М.Д.Стражеска.

Результати: концентрація VEGF у вмісті пародонтальних кишень була вище, ніж в контрольній групі на 22%, але різнобічність величин статистично не значима ($P=0,51$). Цей результат свідчить про те що при хронічному запаленні у комплексі пародонта на початковому ступені не виникають субкомпенсовані процеси альтерації з точки зору порушення мікроциркулярних співвідношень. На фоні втрати кортикального шару та існуючих морфологічних змін в сполучній тканині, прикордонні розлади пов'язані з дистрофічними змінами в

міжклітинному матриксі, субкомпенсацією імунного хронічного запалення, оксидативним стресом, порушення ліпідно-протеїнового обміну та руйнуваннями ангиогенезу, що підтверджується попередніми даними літератури і збігається з проведеними дослідженнями. Клінічно "неексудативна форма", хронічний, торпідний перебіг цього захворювання, показники VEGF, котрі взагалі секретуються клітинами в міжклітинному матриксі, визначаються статистично об'єктивно в малій кількості при порівнянні з контрольними показниками. Тобто питання про те, що VEGF запускає сигнальний каскад реакцій, які направлені на синтез білків та клітинну проліферацію, які супроводжуються утворенням проникливості аномальних неомікросудин вглиб кісткової тканини та ясен міжзубних перетинків, не є очікуваним. Клінічні симптоми підтверджують це, а саме, невиражений набряк м'яких тканин, точкове крововиливання при дослідженні або травматизації пацієнтами ясеневих сосочків. При наявності травматичних, гіпер- (супра) оклюзійних співвідношень у цієї групи пацієнтів порівняльно виявлено значне підвищення рівня VEGF в пародонтальних кишенях.

Порівняльне тотожне зростання цього показника збільшується до 4 разів, на ~ 370%, при $P \leq 0,05$; що є об'єктивним статистично-достовірним фактором. Це свідчить про активність деструктивних процесів на фоні підвищеного неоангиогенезу, що супроводжується більше вираженим набряком та лінійною кровотечею з відповідних ділянок. Отримані дані збігаються з провідними сумісними дослідженнями у хворих з макулодистрофією, у розвитку неоваскуляризації сітківки, при вираженому апоптозі клітин, при канцерогенезі, та інших станах. При вираженому стані гіпоксії підвищення вмісту VEGF-A є результатом апоптозу клітин ендотелію, запусканням судин, при моделюванні ішемічних процесів, активації матриксних металопротаз, що впливає на ремоделювання кісткової тканини.

Висновки: проведені дослідження вмісту васкуло-едотеліального фактору визначають патофізіологічну роль травматичних вузлів у хворих на генералізований пародонтит, початкового-першого ступеню, хронічного перебігу. Отримані дані розширюють направлення патогенетичного лікування цієї категорії пацієнтів.

Ключові слова: ангиогенез, васкул-оедотеліальний фактор, генералізований пародонтит, травматичний вузол, кісткова тканина.

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ЯК НЕВІД'ЄМНИЙ ЕТАП ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ

Сироїжко М.В.

Кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології

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

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: сучасний підхід до терапії генералізованих захворювань пародонту (ГЗП) у пацієнтів з дисфункцією СНЩС включає міждисциплінарний підхід до лікування при врахуванні індивідуального статусу тканин пародонта та захворювань СНЩС, а також загального соматичного стану пацієнта. в цьому Пародонтологічна хірургія займає пріоритетну роль у цьому питанні.

Використання різноманітних хірургічних методик раціонально може значно підвищити якість та ефективність проведеного лікування з пролонгуванням періоду стабілізації хвороби на тлі зменшення можливих рецидивів. Успішне проведення будь-якого хірургічного методу лікування генералізованих тканин пародонта базується на якісній передопераційній підготовці з відповідним післяопераційним супроводом. Передопераційна підготовка включає в себе наступні стандартні етапами: проведення професійної гігієни з повною санацією порожнини рота, депульпування зубів в області хірургічного втручання (при показаннях), оклюзійна реабілітація (провенення імобілізації рухомих зубів, усунення травматичної оклюзії, відновлення оклюзійних взаємовідношень), а також проведення протизапальної і антибактеріальної терапії. Ці заходи дозволять максимально знизити запальні явища в пародонті і будуть профілактикою ускладнень та відновлення тканин в зоні ураження.

Тож продуктивне консервативне лікування є провідним фактором розвитку ускладнень при хірургічному лікуванні пацієнтів з генералізованим пародонтитом при дисфункції СНЩС. Пародонтологічна мікрофлора чинить токсичний вплив на тканини пародонта, порушує процеси обміну та вазомоторні розлади, знижує сенсифікацію тканин пародонта та організму в цілому, і може бути тим фактором, що призводить до ускладнень при проведенні хірургічного лікування.

Нажаль, на сьогодні відсутній персоналізований протокол при виборі і обґрунтуванні стратегії при комплексному лікуванні захворювань пародонта, особливо з приводу мікробних та тканинних (у т. ч. кісткових) антигенів.

Мета: підвищення ефективності хірургічного лікування генералізованих захворювань тканин пародонту у пацієнтів з дисфункцією СНЩС при обґрунтуванні індивідуального доступу при корекції гіперчутливості сповільненого типу при передопераційній підготовці пацієнтів.

Матеріали і методи: клінічні, рентгенологічні, імунологічні та статистичні методи були застосовані. Нами було обстежено 135 пацієнтів віком 26-40 років з генералізованим пародонтитом, I-II ступеню, хронічного перебігу (згідно з класифікацією захворювань пародонта за М. Ф. Данилевським) при м'язово-суглобовій дисфункції СНЩС. До контрольної групи увійшли 56 осіб аналогічного віку, у яких шляхом комплексного клініко-рентгенологічного обстеження зубощелепної системи та ультразвукового дослідження внутрішніх органів виключено стоматологічні захворювання, а також захворювання внутрішніх органів і систем, а також захворювань СНЩС. Відмітимо, групи були однорідними за статтю та віком. Усі обстежені пацієнти підписали інформовану згоду на обстеження

Наше дослідження проводилося при передопераційній підготовці до клаптевої операції методикою прямої тканинної регенерації при використанні резорбуючих мембран (Periogen, Perio-system).

Результати: встановлено у пацієнтів з генералізованим пародонтитом, I-II ступеню, хронічного перебігу, ГУТ (гіперчутливість уповільненого типу) до антигенів стрептокока діагностована в 84 осіб зі 135 ($62.9 \pm 1.72\%$, $P < 0.01$) при індексі міграції (МІФ) $0.1-0.5$ проти $24.7 \pm 0.62\%$ при показниках контрольної групи. Гіперчутливість уповільненого типу до стафілокока у пацієнтів в основній групі склала $61.5 \pm 4.14\%$, $P < 0.01$ (МІФ $0.3-0.5$) в реакції гальмування мігруючих лейкоцитів. Наголошуємо, у пацієнтів контрольної групи цей показник не визначався. Зауважимо, була діагностована ГУТ не тільки до одного з антигенів, але одночасна гіперчутливість уповільненого типу до 2-х мікробних антигенів у пацієнтів в основній групі. Тож, діалергія у хворих основної групи діагностована у $65.1 \pm 2.05\%$, $P < 0.01$ за даними РГМЛ, на відміну від пацієнтів контрольної групи, де діалергія не була виявлена.

При проведенні гіперчутливість уповільненого типу за даними шкірно-реактивного тесту виявлена наступна закономірність: наприклад, до антигену стрептокока ГУТ виявлена у $31.2 \pm 3.4\%$, $P < 0.01$ на відміну від осіб контрольної групи, де вона складала $10.0 \pm 5.53\%$. Відмітимо, до антигену стафілокока гіперчутливість уповільненого типу діагностована у $47.3 \pm 2.4\%$, $P < 0.01$.

У пацієнтів контрольної групи даний показник не визначався. Діалергія гіперчутливості уповільненого типу до антигенів стрепто- та стафілококу по даних ШРТ у осіб основної групи визначено у $48.4 \pm 3.1\%$, $P < 0.01$, натомість у пацієнтів з контрольної групи ГУТ не була виявлена. У пацієнтів основної групи гіперчутливість уповільненого типу діагностована до кісткового антигену з частотою $66.3 \pm 5.7\%$ проти 100% негативного результату у осіб контрольної групи.

Висновки: проведене дослідження показало, що у багатьох пацієнтів з ГП, I-II ступеня, хронічного перебігу при м'язово-суглобовій дисфункції СНЩС, діагностована гіперчутливість уповільненого типу до 1 або одночасно до 2-х антигенів стафіло- і стрептококу та кісткового антигену. Тому пропонуємо додати до передопераційної підготовки на тканинах пародонта при хірургічному втручанні (до прикладу, типова клаптева операція методикою прямої тканинної регенерації із використанням резорбуючих мембран) специфічну мікробну гіпосенсибілізацію з проведенням імунізації у таких пацієнтів.

Ключові слова: гіперчутливість сповільненого типу, генералізований пародонтит, м'язово-суглобова дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу, антигени стафілококу, антигени стрептококу, кістковий антиген.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ВИДАМИ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ

Шуминська Т.А., Остапко О.І., Бабаскін Ю.І., Мельничук Т.А.

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти

В.о. зав. кафедрою: к.мед.н., доцент А.М. Проценко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Вступ: на сьогодні достеменно відомо, що основним етіологічним чинником захворювань тканин пародонту є пародонтопатогенна мікрофлора, що накопичується в під'ясенній частині зубної біоплівки, тобто в зубо-ясенній борозні. Низка патогенетичних чинників сприяє реалізації патогенного потенціалу цієї мікрофлори, що призводить до розвитку запальних та запально-деструктивних змін у тканинах пародонту.

Одним з важливих патогенетичних чинників, що суттєво прискорюють розвиток патологічних змін у тканинах пародонту є зубощелепні аномалії (ЗЩА), зокрема аномалії прикусу, скупченість зубів нижньої та верхньої щелеп, розповсюдженість яких серед дітей є високою як в Україні (31-64%), так в інших країнах світу.

Мета дослідження: дослідити та порівняти стан тканин пародонту у дітей шкільного віку з різними видами зубо-щелепних аномалій.

Матеріали і методи дослідження: до початку ортодонтичного лікування обстежено 127 дітей віком від 11 до 18 років, які мали різні види аномалій зубощелепного апарату. З них у 17,1% було діагностовано дистальний прикус; у 20,5% - дистальний прикус, ускладнений глибоким; у 12,6% – дистальний прикус зі звуженням щелеп; у 15% – перехресний прикус; у 15% – відкритий прикус; у 11,1% – мезіальний прикус, ускладнений глибоким зворотнім перекриттям. Діагноз ЗЩА встановлювали за класифікацією ВООЗ (1968). Групу порівняння склали 82 дитини того ж віку без ортодонтичної патології.

Стан тканин пародонту оцінювали за допомогою індексу РМА (%) в модифікації Parma (1964). Гігієнічний стан ротової порожнини вивчали за допомогою міжнародного індексу I.G.Green- I.R.Vermillion (1964), який оцінює наявність м'яких та мінералізованих зубних відкладень.

Для вивчення взаємозв'язку між результатами індексної оцінки рівня гігієни ротової порожнини та стану тканин пародонту у дітей залежно від виду аномалій та деформацій зубощелепного апарату був використаний метод кореляційного матричного аналізу.

Результати дослідження: запальні зміни тканин пародонту у вигляді хронічного катарального гінгівіту діагностовано у 86,6% дітей віком від 11 до 18 років з різними видами зубощелепних аномалій. Це достовірно вище, ніж в групі порівняння, де цей показник дорівнював 14,6% ($p \leq 0,05$). Найвища поширеність хронічного катарального гінгівіту була виявлена у дітей зі скупченістю зубів – 94,7%; з дистальним прикусом зі звуженням щелеп – 93,8%; з мезіальним прикусом, ускладненим глибоким зворотнім перекриттям (92,9%); з перехресним прикусом (89,5%).

Результати вивчення гігієнічного стану ротової порожнини за допомогою спрощеного індексу гігієни ОНІ-S виявили незадовільний рівень індивідуальної гігієни у всіх дітей з аномаліями зубо-щелепного апарату, середнє значення індексу дорівнювало $2,0 \pm 0,04$. Найвищі значення гігієнічного індексу виявлено у дітей зі скупченістю зубів ($2,5 \pm 0,04$); дистальним прикусом, ускладненим глибоким ($2,3 \pm 0,04$); з мезіальним прикусом, ускладненим глибоким зворотнім перекриттям ($2,2 \pm 0,04$). У дітей групи порівняння гігієнічний стан ротової порожнини також виявився незадовільним, однак показник індексу ОНІ-S був дещо нижчим – $1,9 \pm 0,04$ ($p \geq 0,05$).

Середній показник індексу РМА у дітей з різними видами зубощелепних аномалій не перевищував 20% ($18,9 \pm 0,56\%$), що відповідає легкому ступеню запального процесу ясен. Однак він був достовірно вищим, за аналогічний показник в групі порівняння, який дорівнював 5,05% ($p \leq 0,001$). Найвище значення індексу РМА встановлено у дітей зі скупченістю зубів ($23,9 \pm 1,98\%$) та відкритим прикусом ($20,6 \pm 1,80\%$). Дещо нижчими були значення досліджуваного індексу у дітей з дистальним прикусом із звуженням у бокових ділянках ($16,1 \pm 1,17\%$); з перехресним прикусом ($18,9 \pm 1,25\%$); з дистальним прикусом, ускладненим глибоким перекриттям ($17,3 \pm 0,93\%$); мезіальним прикусом, ускладненим глибоким зворотнім перекриттям ($17,9 \pm 0,95\%$); та дистальним прикусом ($19,6 \pm 1,18\%$).

Аналіз значимості кореляційної залежності у дітей з різними видами аномалій і деформацій зубощелепного апарату виявив кореляційний зв'язок високої сили між індексами розповсюдженості запального процесу в яснах та гігієнічного стану ротової порожнини: дистальний прикус, ускладнений глибоким – РМА та ОНІ-S

($r=0,92$; $p\leq 0,05$); дистальний прикус – РМА та ОНІ-S ($r=0,81$; $p\leq 0,05$); дистальний прикус зі звуженням щелеп ($r=0,98$; $p\leq 0,05$); мезіальний прикус, ускладнений глибоким зворотним перекриттям ($r=0,86$; $p\leq 0,05$); перехресний прикус ($r=0,90$; $p\leq 0,05$).

Висновок: при всіх видах аномалій, особливо таких, що супроводжуються скупченістю зубів, встановлено прямий, високої сили кореляційний зв'язок між показниками гігієнічного та пародонтального індексів. Незадовільна гігієна ротової порожнини та наявність запальних змін в тканинах пародонту збільшують ризик прогресування основних стоматологічних захворювань у дітей під час ортодонтичного лікування. Обов'язковими є санація та професійна гігієна ротової порожнини дитини перед початком ортодонтичного лікування та подальший терапевтичний супровід на весь період лікування з метою попередження розвитку ускладнень з боку твердих тканин зуба і тканин пародонту та збереження стоматологічного здоров'я.

Ключова слова: гігієна порожнина рота, зубо-щелепний апарат, пародонт, індекси гігієни, гінгівіт, ортодонтичне лікування, тверді тканини зуба.

РЕКОНСТРУКЦІЯ ВЕРТИКАЛЬНИХ КОНТРОРСІВ СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ОБЛИЧЧЯ

Шуминський Є. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій ІПО

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: питанню відновлення контрфорсів кісток середньої зони обличчя (КСЗО) науковці присвячували роботи більше сорока останніх років. Роботи Р. Tessier, J. Gruss, T. Vuillemin були спрямовані на розробку і покращення хірургічних технік відновлення протиопор не тільки при травматичних пошкодженнях, а при онкологічних та вроджених захворюваннях. Серед літературних даних наведені результати відновлення контрфорсів із застосуванням власних тканин, місцевих клаптів, кісткових аутотрансплантатів, стандартних та індивідуальних титанових конструкцій. Ефективність застосування наведених способів відновлення цілісності протиопор вивчалось шляхом клінічного спостереження. Ускладнення та вторинні деформації в основному пов'язують із недостатньою жорсткістю системи фіксатор – кістка.

Застосування методів математичного аналізу методом скінченних елементів дозволяє вивчити напружено – деформований стан в елементах фіксації на ділянках контрфорсів, що дозволить краще зрозуміти розподіл та передачу жувального навантаження в елементах фіксації та покращити результати лікування шляхом оптимізації вибору лікувальної тактики та методів фіксації.

Мета: порівняти методи реконструкції вертикальних контрфорсів КСЗО із застосуванням методів комп'ютерного моделювання залежно від способу відновлення їх цілісності.

Матеріали та методи: створено 9 імітаційних комп'ютерних моделей КСЗО. Напружено-деформований стан (НДС) у системі фіксатор-кістка вивчався методом скінченних елементів.

Жорсткість та міцність фіксації досліджували при жувальним навантаженні у 800 Н. Моделі розділені на 3 групи, в залежності від способу відновлення цілісності ушкоджених вертикальних контрфорсів. До першої групи віднесені 3 моделі на ділянці всіх ушкоджених контрфорсів було проведено анатомічно точне співставлення кісткових фрагментів та їх фіксацію мініпластинами. До другої групи 3 моделі з кістковими дефектами, а відновлення контрфорсу проводилось лише із використанням титанових мініпластин, які сприймали і розподіляли жувальне навантаження. До третьої 3 моделі, де заміщення дефектів проводилось із використанням кісткових аутотрансплантатів та титанових пластин.

Результати: анатомічно правильна репозиція кісткових уламків на ділянках вертикальних контрфорсів забезпечує жорсткість фіксації на рівні інтактною кістки, а напруження в елементах фіксації в середньому становлять $27,3\pm 13,1$ МПа (нижче гранично допустимої величини на розрив для титану grade 5).

Найбільші напруження відзначали в моделях другої групи, їх величина становила $59,8 \pm 34,7$ МПа, а в окремих спостереженнях вони перевищували 100 МПа.

В моделях третьої групи перерозподіл навантаження на кісткові аутотрансплантати призводив до зниження напруження на 30 % та склало $41,6 \pm 17$ МПа.

Деформація склала $0,48 + 0,2$ мм та була в середньому у 1,6 разів більша ніж в інших групах дослідження.

Висновки: анатомічно точна репозиція кісткових фрагментів на ділянці вертикальних контрфорсів забезпечує жорсткість фіксації на рівні інтактною кістки. Напруження в елементах фіксації були значно меншими за гранично допустимі навіть при максимальному вольовому стисканні зубів. Дефекти контрфорсів знижують жорсткість фіксації накісними пластинами майже в три рази, а напруження над ділянкою дефекту зростають в середньому на 46 %. Застосування кісткових аутотрансплантатів у поєднанні з пластинами дозволяють ефективніше перерозподіляти жувальне навантаження та знизити напруження в елементах фіксації на третину.

Ключові слова: кістки середньої зони обличчя, контрфорс, скінченний елементний аналіз.