

ДВНЗ “УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”  
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
УНІВЕРСИТЕТСЬКА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА  
(УЖГОРОД, УКРАЇНА)  
АСОЦІАЦІЯ СУДОВОЇ СТОМАТОЛОГІЇ УКРАЇНИ  
АСОЦІАЦІЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ  
НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ ТА АСПІРАНТІВ  
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ УжНУ

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

МАТЕРІАЛИ V МІЖНАРОДНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
26-27 ЛЮТОГО 2016 р.

*УЖГОРОД-2016*

**Редакційна колегія:**

*Ректор ДВНЗ «Ужгородський національний університет», д.мед.н., проф. –*

**В.І. Смоланка**

*Декан стоматологічного факультету УжНУ, д.мед.н., проф. –*

**Є.Я. Костенко**

*Завідувач кафедри стоматології післядипломної освіти з курсом терапевтичної та ортопедичної стоматології, д.мед.н., проф. –*

**А.М. Потапчук**

*Завідувач кафедри стоматології дитячого віку, д.мед.н., проф. –*

**О.В. Клітинська**

*Голова Наукового товариства студентів та аспірантів стоматологічного факультету УжНУ – С.І. Крічфалушій*

*Секретар Науково-навчального центру судової стоматології – М.Ю. Гончарук-Хомин*

**Оргкомітет:**

*Ректор ДВНЗ «Ужгородський національний університет», д.мед.н., проф. –*

**В.І. Смоланка**

*Декан стоматологічного факультету УжНУ, д.мед.н., проф. –*

**Є.Я. Костенко**

*Завідувач кафедри стоматології післядипломної освіти з курсом терапевтичної та ортопедичної стоматології, д.мед.н., проф. –*

**А.М. Потапчук**

*Завідувач кафедри стоматології дитячого віку, д.мед.н., проф. –*

**О.В. Клітинська**

*Голова організаційного комітету, координатор науково-практичної роботи, ст. викладач кафедри ортопедичної стоматології - С.Б. Костенко*

*Голова Наукового товариства студентів та аспірантів стоматологічного факультету УжНУ – С.І. Крічфалушій*

*Секретар Науково-навчального центру судової стоматології – М.Ю. Гончарук-Хомин*

*Президент Асоціації студентів стоматологів України – Б.В. Кушнір*

*Голова Ужгородського осередку Асоціації студентів стоматологів України –*

**О.Є. Костенко**

*Заступник голови Наукового товариства студентів та аспірантів стоматологічного факультету УжНУ – А.І. Лях*

*Секретар Наукового товариства студентів та аспірантів стоматологічного факультету УжНУ – А.Ф. Шевченко*

© В.І. Смоланка, Є.Я. Костенко 2016

© Ужгородський національний університет, 2016

UZHHOROD NATIONAL UNIVERSITY  
FACULTY OF DENTISTRY  
UNIVERSITY DENTAL CLINIC (UZHHOROD, UKRAINE)  
DENTAL STUDENT ASSOCIATION (UKRAINE)  
ASSOCIATION OF FORENSIC DENTISTRY (UKRAINE)  
SCIENTIFIC SOCIETY OF STUDENTS AND ASPIRANTS OF FACULTY  
OF DENTISTRY (UZHNU)

# **PRESSING TOPICS OF ACADEMIC AND PRACTICAL DENTISTRY**

MATERIALS OF V INTERNATIONAL CONFERENCE OF  
DENTISTRY OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS  
February 26-27, 2016

*UZHHOROD, 2016*

**Editorial Board:**

*Chancellor of the Uzhhorod National University, Doctor of Medical Sciences,  
Professor – V.I. Smolanka*

*Dean of the Department of Dentistry of the Uzhhorod National University, Doctor of  
Medical Sciences, Professor – Ye.Ya. Kostenko*

*Head of the Department of Postgraduate Dental Education with the Course of  
Therapeutic and Orthopedic Dentistry, Doctor of Medical Sciences, Professor –  
A.M. Potapchuk*

*Head of the Department of Pediatric Dentistry, Doctor of Medical Sciences, Professor  
– O.V. Klitynska*

*Head of the Scientific Community of Students and Postgraduates of the Faculty of  
Dentistry of the Uzhhorod National University – S.I. Krichfalushiy*

*Secretary of the Scientific and Educational Center of Forensic Dentistry – M.Yu.  
Honcharuk-Khomyn*

**Organizing Committee:**

*Chancellor of the Uzhhorod National University, Doctor of Medical Sciences,  
Professor – V.I. Smolanka*

*Dean of the Department of Dentistry of the Uzhhorod National University, Doctor of  
Medical Sciences, Professor – Ye.Ya. Kostenko*

*Head of the Department of Postgraduate Dental Education with the Course of  
Therapeutic and Orthopedic Dentistry, Doctor of Medical Sciences, Professor –  
A.M. Potapchuk*

*Head of the Department of Pediatric Dentistry, Doctor of Medical Sciences, Professor  
– O.V. Klitynska*

*Head of the Organizing Committee, Coordinator of Research and Practice Activity,  
Senior Lecturer of the Department of Orthopedic Dentistry – S.B. Kostenko*

*Head of the Scientific Community of Students and Postgraduates of the Faculty of  
Dentistry of the Uzhhorod National University – S.I. Krichfalushiy*

*Secretary of the Scientific and Educational Center of Forensic Dentistry – M.Yu.  
Honcharuk-Khomyn*

*President of the Ukrainian Dental Students Association – B.V. Kushnir*

*Head of the Uzhhorod Center of the Ukrainian Dental Students Association – O.Ye.  
Kostenko*

*Deputy Head of the Scientific Community of Students and Postgraduates of the Faculty  
of Dentistry of the Uzhhorod National University – A.I. Liakh*

*Secretary of the Scientific Community of Students and Postgraduates of the Faculty of  
Dentistry of the Uzhhorod National University – A.F. Shevchenko*

© V.I. Smolanka, Ye.Ya. Kostenko 2016

© Uzhhorod National University, 2016

# **ПРОГРАМА ДОПОВІДЕЙ КОНФЕРЕНЦІЇ**

## **СЕКЦІЯ АНГЛОМОВНИХ ДОПОВІДЕЙ**

### **1.THE USE OF IMPLANTS WITH HYDROXYAPATITE-COATED IN DENTISTRY**

Abbas A.H. Alebady

### **2.PRACTICAL ARGUMENTATION FOR USAGE OF NON-REMOVABLE PROSTHETIC METAL-CERAMIC CONSTRUCTIONS FOR TREATMENT OF DIASTEMA AND DIERESIS**

Ms. Michelle Cardozo

### **3.APPROPRIATENESS OF ADHESIVE PROSTHETIC APPLIANCES IN SUBSTITUTION OF DENTITION DEFECTS OF DIFFERENT CLASSES**

Saif Ali Alsaadi

### **4.RESULTS OF MEDICAL DIFFERENTIAL PATIENT CARE AFTER RECENT DENTAL IMPLANTATION OPERATION**

Y.Y. Yarov

### **5.APPLICATION OF NANOCOMPOSITE MATERIAL FOR LOCAL ENAMEL HYPOPLASIA**

Yu.M. Mikulinska-Rudich, V.O. Mys

### **6.INTERRELATION BETWEEN THE LEVEL OF DENTAL AWARENESS AND ORAL CAVITY HEALTH LEVEL**

M. Khteï, I. Sukhovolets

## СЕКЦІЯ УКРАЇНОМОВНИХ ДОПОВІДЕЙ

### **1. МОНИТОРИНГ ПОШИРЕНOSTI ТА ВИДІВ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ М. УЖГОРОД**

Ізай М.Е., Зомбор К.В.

### **MONITORING OF PREVALENCE AND TYPES OF DENTOFACIAL ANOMALIES IN CHILDREN IN UZHGOROD**

M. Ye. Izai, K. V. Zombor

### **2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКА САУЦЕРИЗАЦІЇ НАВКОЛО ІМПЛАНТАТІВ РІЗНОГО ДІАМЕТРУ**

Русин В.В.

### **EVALUATION OF SAUCERIZATION PARAMETER AROUND DENTAL IMPLANTS OF VARIOUS DIAMETERS**

V. V. Rusyn

### **3. ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ВТРАТИ ЗУБІВ ВНАСЛІДОК ДТП**

Мошак Ю. В.

### **EXPERTE EVALUATION OF TOOTH LOSS DUE TO TRAFFIC ACCIDENT**

Yu. V. Moshak

### **4. МЕДИКО-ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ВТРАТИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЩЕЛЕП**

Брехлічук П.П.

### **MEDICAL AND LEGAL ASPECTS OF DENTAL HEALTH EVALUATION IN CASE OF JAW FRACTURE**

P.P. Brekhlichuk

### **5. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ**

Васько А. А.

### **RETROSPECTIVE ANALYSIS OF DENTAL PATIENTS' MEDICAL RECORDS**

A.A. Vasko

### **6. МЕДИКАМЕНТОЗНІ, ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ. РІДКІСНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ**

Беліков О.Б., Левандовський Р.А., Шановський А.М.

**MEDICATED, PSYCHOLOGICAL AND PHILOSOPHIC ASPECTS OF DENTAL IMPLANTATION. RARE POST-IMPLANTATION COMPLICATIONS (ORAL REPORT).**

O.B. Bielikov, R.A. Levandovskyi, A.M. Shanovskyi

**7. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ВІДНОВЛЕННЯ ЗРУЙНОВАНИХ КОРОНОК ЗУБІВ НИЖЧЕ РІВНЯ ЯСЕН.**

Левандовський Р.А., Левандовська Д.Р.

**COMPARATIVE ANALYSIS OF RESTORATION METHODS FOR DESTROYED TEETH CROWNS BELOW GINGIVAL LEVEL.**

R.A. Levandovskyi, D.R. Levandovska

**8. БІОМЕХАНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ФІКСАЦІЇ СКЛАДНОЇ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ АПАРАТУРИ ЗА ДОПОМОГОЮ ШАРОПОДІБНИХ АТАЧМЕНІВ.**

Левандовський Р.А., Шановський О.А., Шановський Д.А.

**BIOMECHANICAL REASONING OF COMPLEX MAXILLOFACIAL DEVICES INSERTION BY MEANS OF BALL-LIKE ATTACHMENTS.**

R.A. Levandovskyi, O.A. Shanovskyi, D.A. Shanovskyi

**9. МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ МІЖАЛЬВЕОЛЯРНОЇ ВИСОТИ ТА ЦЕНТРАЛЬНОГО СПІВВІДНОШЕННЯ БЕЗЗУБИХ ЩЕЛЕП ЗА ДОПОМОГОЮ ПРИСТРОЮ РЕЦИПРОКНОЇ ДІЇ.**

Ватаманюк М.М., Беліков О.Б.

**METHOD OF DETERMINATION OF INTERALVEOLAR HEIGHT AND CENTRIC RELATION OF EDENTULOUS MAXILLAE BY MEANS OF A RECIPROCAL DEVICE.**

M.M. Vatamaniuk, O.B. Bielikov

**10. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ТКАНИН РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ОСІБ ГЕРІАТРИЧНОГО ВІКУ З ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ.**

Ватаманюк М.М., Беліков О.Б.

**SPECIFICS OF ORAL TISSUES CLINICAL PATTERN IN TOOTHLESS PEOPLE OF GERIATRIC AGE.**

M.M. Vatamaniuk, O.B. Bielikov

**11. ВИКОРИСТАННЯ ТЕРАПІЇ СУПРОВОДУ КВАРЦЕТИНОМ ТА БАЗИСНОЇ ПЛАСТМАСИ MELIODENT HC ДЛЯ ВИГОТОВЛЕННЯ**

**ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2.**

Максимів О.О., Беліков О.Б.

**APPLICATION OF QUERCETIN-ASSOCIATED THERAPY AND MELIODENT HC BASE RESIN FOR PRODUCTION OF COMPLETE REMOVABLE DENTURES IN PATIENTS WITH DIABETES OF THE II TYPE.**

O.O. Maksymiv, O.B. Bielikov

**12. КЛІНІКО-БІОМЕХАНІЧНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЧНОЮ РУХОМІСТЮ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ.**

Белікова Н.І.

**CLINICAL AND BIOMECHANICAL ASPECTS OF COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH ABNORMAL FRONT TEETH MOBILITY.**

N.I. Bielikova

**13. КЛІНІКО-БІОМЕХАНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНОЇ КОНСТРУКЦІЇ МОСТОПОДІБНОГО ПРОТЕЗА.**

Сорохан М.М., Беліков О.Б., Шайко-Шайковський А.Г.

**CLINICAL AND BIOMECHANICAL REASONING OF MINIMALLY INVASIVE CONSTRUCTION OF A BRIDGE-LIKE DENTURE.**

M.M. Sorokhan, O.B. Bielikov, A.H. Shaiko-Shaikovskyi

**14. ДІАГНОСТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВІЗУАЛЬНО ПОВЕРХНЕВО РОЗТАШОВАНИХ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.**

Караван Я.Р.

**DIAGNOSTIC APPROACHES TO VISUALLY SUPERFICIAL MAXILLOFACIAL MALIGNANCIES.**

Ya.R. Karavan

**15. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ІЗ НЕЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ.**

Рошук О.І.

**EFFICIENCY OF ANTIOXIDANT THERAPY FOR TREATMENT OF INFLAMMATORY PARODONTIUM DISEASES IN PATIENTS WITH STOMACH ULCER HAVING IRREMOVABLE DENTURES.**

O.I. Roshchuk

**16.АЛГОРИТМ ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ КТ-ДОСЛІДЖЕНЬ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОТОКОЛУ ОЦІНКИ ОБ'ЄКТИВНИХ ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НАВКОЛО ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ**

Кенюк А.Т

**ALGORITHM OF CT-EXAMINATION RESULTS PROCESSING FOR OPTIMIZATION OF EVALUATION PROTOCOL OF OBJECTIVE OSSEOUS LESIONS AROUND DENTAL IMPLANTS.**

A.T. Keniuk

**17. СУЧАСНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ДІАСТЕМАМИ ТА ТРЕМАМИ ПРИ ВИКОРИСТАННЯ СУЦІЛЬНОКЕРАМІЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ.**

Бокоч А.В.

**MODERN METHODS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH DIASTEMATA AND TREMATA USING ALL-CERAMIC CONSTRUCTIONS.**

A.V. Bokoch

**18. ОЦІНКА МІКРОЦИЛЬКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕПІ.**

Дувак Ю. Ю.

**EVALUATION OF MAXILLARY MICROVASCULATURE OF DENTURE BASE.**

Yu. Yu. Duvak

**19. ПРОГНОСТИЧНА ОЦІНКА РЕЗОРБЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ.**

Горзов С.С.

**PREDICTIVE JUDGMENT OF OSSEOUS RESORPTION IN CASE OF ORTHODONTIC TREATMENT.**

S.S. Horzov

**20. МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРИ ДЕНТИНУ ТА ЕМАЛІ ЗУБІВ ПІД ДІЄЮ ВИСОКИХ ТЕМПЕРАТУР.**

Козар Є. В.

**MORFOLOGICAL CHANGES OF THE STRUCTURE OF DENTIN AND ENAMEL OF TEETH AT HIGH TEMPERATURES.**

Eu. V. Kozar

**21. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ СКЛОІОНОМЕРНИХ ЦЕМЕНТІВ.**

Фегер А. М.

**COMPARATIVE EVALUATION OF PHYSICAL AND CHEMICAL PROPERTIES OF GLASS IONOMER CEMENTS.**

A. M. Feher

**22. МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАГОСННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЩОКИ КРОЛИКІВ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ.**

Ковач І.В., Кравченко Л.І.

**MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF CHEEK MUCOUS MEMBRANE IN RABBITS AFTER OZONE THERAPY.**

I.V. Kovach, L.I. Kravchenko

**23. МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ БІОЦЕНОЗУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ ПІД ЧАС ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ.**

Ковач І.В., Лавренюк Я.В.

**METHODS OF CORRECTING MOUTH CAVITY BIOCOENOSIS IN CHILDREN DURING ORTHODONTIC TREATMENT.**

I.V. Kovach, Ya.V. Lavreniuk

**24. РОЛЬ МІКРОБНОГО ФАКТОРУ У РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ ЩІЛО.**

Коган Л.Б.

**ROLE OF MICROBE FACTOR IN DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS IN POSTSURGICAL PERIOD IN CHILDREN WITH BIRTH DENTOFACIAL DEFECTS.**

L.B. Kohan

**25. ГЕРМЕТИЗАЦІЯ ФІСУР ЯК ДІЄВИЙ МЕТОД ЕКЗОГЕННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ У ДІТЕЙ М. ЧЕРНІВЦІ**

Власик К.Л.

**FISSURE SEALING AS AN EFFECTIVE METHOD OF EXOGENOUS PREVENTION OF CARIES IN CHILDREN FROM CHERNSVTSI CITY**

K.L. Vlasyk

**26. ДОСЛІДЖЕННЯ КИСЛОТОСТІЙКОСТІ ЕМАЛІ ЗУБІВ У РІЗНИХ ДІЛЯНКАХ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ПОВЕРХНІ**

Вороніна Г. С.

**STUDYING ACID RESISTANCE OF TOOTH ENAMEL IN DIFFERENT PARTS OF VESTIBULAR SURFACE**

H.S. Voronina

**27. ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ З НЕЗНІМНИМИ ОРТОДОНТИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ**

Горват І.О.

**FEATURES OF INDIVIDUAL ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH FIXED ORTHODONTIC APPLIANCES**

I.O. Horvat

**28. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗНОСОСТІЙКОСТІ ОБЛИЦЮВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ**

Даліщук А. І., Юр А. М., Гуменний О. В.

**EXPERIMENTAL RESEARCH OF WEARPROOF PROPERTIES OF VENEERS USED FOR FIXED DENTURES**

A.I. Dalishchuk, A.M. Yur, O.V. Humennyi

**29. СПЕЦИФІЧНІ УРАЖЕННЯ ЗУБОЩЕЛЕПОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ЗОНІ ЕКОЛОГІЧНОГО ЗАБРУДНЕННЯ**

Дуганчик Я.І., Нестеренко М.Л.

**SPECIFIC DAMAGE OF DENTOFACIAL SYSTEM IN CHILDREN LIVING IN THE AREA OF ECOLOGICAL POLLUTION**

J.I. Duhanchyk, M.L. Nestrenko

**30. ВИЗНАЧЕННЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СТАНУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ З ДЕСКВАМАТИВНИМ ГЛОСИТОМ, ПОСДНАНИМ З СКЛЕРОДЕРМІЄЮ**

Заровський А. А., Капиця Д. В.

**DETERMINING ACID-BASE STATUS OF ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH DESQUAMATIVE GLOSSITIS ACCOMPANIED BY SCLERODERMA**

A.A. Zarovskiy, D.V. Kapysya

**31. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КОНСТРУКТИВНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕЗНІМНИХ АПАРАТІВ – УТРИМУВАЧІВ ПРОСТОРУ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ РАНЬОМУ ВИДАЛЕННІ ЗУБІВ**

Кадушкевич Богдан

**COMPARATIVE ANALYSIS OF CONSTRUCTIONAL FEATURES OF FIXED SPACE MAINTAINERS APPLIED AFTER EARLY TOOTH EXTRACTION**

Bohdan Kadushkevych

**32. АСПЕКТИ ПЕРЕБУДОВИ КЛІТИННОГО СКЛАДУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У КУРЦІВ**

Козуб Ю. І.

**ASPECTS OF CHANGING CELL COMPOSITION OF SMOKERS' ORAL MUCOSA**

Y. I. Kozub

**33. ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ (ГІНГІВІТ, ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ) НА НАЯВНІСТЬ ДЕСТРУКТИВНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ОСІБ ВІКОМ ВІД 18-25 РОКІВ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ М. УЖГОРОДА**  
Лінтур К. М., Бордаш А.М., Воронова А.В.

**FEATURES OF RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC TONSILITIS, DIABETES) FOR THE INFLAMMATORY-DESTRUCTIVE PROCESS IN PERSONS AGED 18 TO 25 YEARS AMONG UZHGOROD CITIZENS**

K.M. Lintur, A.M. Bordash, A.V. Voronova

**34. ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ АДГЕЗИВНИХ СИСТЕМ У СУДОВІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**

Маруха Р.Ю.

**LABORATORY EVALUATION OF SPECTROPHOTOMETRIC METHODS OF IDENTIFYING ADHESIVE SYSTEMS IN FORENSIC DENTISTRY**

R.Yu. Maruha

**35.ОПТИМІЗАЦІЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ  
ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ВЕРХІВКОВИХ ПЕРІОДОНТИТІВ  
КОНСЕРВАТИВНИМ МЕТОДОМ**

Присяжнюк О. М.

**OPTIMIZING EFFICIENCY OF TREATING DESTRUCTIVE FORMS  
OF GRANULOMATOUS PERIODONTITIS BY A CONVENTIONAL  
METHOD**

O.M. Prysiazhniuk

**36.ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМУВАННЯ  
ФІЗІОЛОГІЧНИХ ТА ПАТОЛОГІЧНИХ ТИПІВ ПРИКУСУ В  
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЕНДОГЕННИХ І ЕКЗОГЕННИХ ЧИННИКІВ У  
ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ВІКОМ ВІД 6 ДО 18 РОКІВ  
ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Савко Є.Ю.

**GENERAL DESCRIPTION OF PHYSIOLOGICAL AND  
PATHOLOGICAL OCCLUSION FORMATION DEPENDING ON  
ENDOGENOUS AND EXOGENOUS FACTORS IN CHILDREN AND  
ADOLESCENTS AGED 6 TO 18 YEARS IN TRANSCARPATHIAN  
REGION**

E.Y. Savko

**37.ОДОНТОГЛІФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗУБІВ ЖУВАЛЬНОЇ  
ГРУПИ У ДІТЕЙ ЗАКАРПАТТЯ ВІКОМ 12-15 РОКІВ**

Федевич М.О.

**ODONTOGLYPHIC FEATURES OF THE PERMANENT TEETH IN  
TEENAGERS AGED 12 AND 15 YEARS IN TRANSCARPATHIAN  
REGION**

M.O. Fedevych

**38.МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛІОФІЛІЗОВАНОЇ  
КСЕНОДЕРМИ СВИНІ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН**

Чарківський Т.Ю.

**POSSIBILITIES OF APPLYING LYOPHILIZED PORCINE SKIN IN  
GINGIVAL RECESSION TREATMENT**

T.Y. Charkivskyi

**39.ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ  
ЖУВАЛЬНОЇ ГРУПИ МАТЕРІАЛОМ ПОЛОФІЛ СУПРА, VOCO,  
НІМЕЧЧИНА**

Шевєря С.М.

**FEATURES OF RECOVERING DENTAL HARD TISSUES OF  
CHEWING TEETH WITH MATERIAL POLOFIL SUPRA, VOCO,  
GERMANY**

S.M. Sheveria

**40.ПЕРЕВАГИ ПОСТУПОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ  
ОСТЕОІНТЕГРОВАНИХ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ В  
УМОВАХ НЕДОСТАТНЬОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ.**

Біда О. В., Забуга Ю. І., Біда О. В., Михальчук О. Б.

**BENEFITS OF GRADUAL LOADING OF DENTAL IMPLANTS IN  
LOW BONE DENSITY**

O.V. Bida, Yu.I. Zabuga, O.V. Bida, O.B. Mihalchuk

**41.ХАРАКТЕРИСТИКА БІОТОПУ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН  
РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ ВІКОМ 5-6 РОКІВ**

Горзов В.В., Дем'янчук Ю.В.

**CHARACTERISTIC OF THE BIOTOPE OF DIFFERENT  
LOCALIZATION CARIOUS CAVITIES IN CHILDREN AGED 5-6  
YEARS**

V.V. Horzov, U.V. Demyanchuk

**42.ВИЗНАЧЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ ВІД  
ВПЛИВУ ЕКЗО- ТА ЕНДОГЕННИХ ЧИННИКІВ У СТУДЕНТІВ  
ЗАКАРПАТТЯ ТА ІНДІЇ**

Горячко Т.В.

**DETERMINING THE DEPENDENCE OF CARIES INTENSITY ON  
THE IMPACT OF EXOGENOUS AND ENDOGENOUS FACTORS IN  
TRANSCARPATHIAN AND INDIAN STUDENTS**

T.V. Horiachko

**43.ЄВРОПЕЙСЬКА ПРОГРАМА НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ  
ДОПОМОГИ РОМСЬКІЙ ЕТНІЧНІЙ ГРУПІ В СЛОВАЧЧИНІ**

Є.М.Гриненко

**THE EUROPEAN PROGRAM OF DENTAL CARE PROVISION TO  
GYPSY ETHNIC GROUP IN SLOVAKIA**

Ye.M. Grynenko

**44.КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ КОМПОНЕНТІВ СПИРТОВОГО АДГЕЗИВНОГО ПРОТОКОЛУ: ІНГІБУВАННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗ (MMP)**

Жабюк Т. М.

**CLINICAL PHARMACOLOGY OF THE COMPONENTS OF SPIRIT BONDING PROTOCOL: INHIBITION OF MATRIX METALLOPROTEINASES' (MMP) NEGATIVE IMPACT**

T.M. Zhabiuk

**45.ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ**

Когут О.В., Сабов А.В.

**ASSESSMENT OF THE RISK OF DENTAL CARIES IN CHILDREN IN THE COUNTRYSIDE**

O.V. Kohut, A.V. Sabov

**46.СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ФОРМУВАННЯ ПРИКУСУ У НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВІКОМ 12-15 РОКІВ**

Лебедева О.І.

**STATISTICAL ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF ETIOLOGICAL FACTORS ON FORMATION OF BITE OF THE POPULATION AGED 12-15 YEARS IN TRANSKARPATIAN REGION**

O.I. Liebiedieva

**47.РЕНТГЕНМОРФОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ КІСТКОВОТКАНИННОЇ ВТРАТИ АЛЬВЕОЛЯРНИХ ВІДРОСТКІВ НИЖНІХ ЩЕЛЕП ПАЦІЄНТІВ В ДІЛЯНКАХ ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОЇ АДЕНТІЇ**

Матюшенко Катерина, Божик Анна.

**X-RAY MORPHOMETRIC ANALYSIS OF THE BONE AND TISSUE LOSS OF LOWER ALVEOLAR RIDGES OF PATIENTS IN AREAS OF POSTEXTRACTION ASENTIA**

Kateryna Matiushenko, Anna Bozhyk

**48.ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИБІЛЮВАННЯ ДИСКОЛОРИТІВ ДЕВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ**

Мельничук О. О.

**IMPROVING THE EFFICIENCY OF WHITENING NON-VITAL TEETH**

O.O. Melnychuk

**49.ОСОБЛИВОСТІ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ БІОГЕОХІМІЧНОГО ДЕФІЦИТУ ФТОРУ ТА ЙОДУ**

Мухіна Я.О.

**FEATURES OF REMINERALIZING PREVENTATIVE MEASURES OF DENTAL CARIES IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN LIVING UNDER CONDITIONS OF BIOGEOCHEMICAL DEFICIENCY OF FLUORINE AND IODINE**

Y.O. Mukhina

**50.ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЙ ПРИКУСУ У НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВІКОМ 15-18 РОКІВ**

Фельбаба Ю. М.

**FEATURES OF FORMATION OF BITE PATHOLOGY IN TRANSCARPATHIAN REGION POPULATION AGED 15-18**

Y.M. Felbaba

**51.ДАНІ АНОНІМНОГО ІНТЕРНЕТ-АНКЕТУВАННЯ ЩОДО ВИБОРУ ПРАКТИКУЮЧИМИ ЛІКАРЯМИ-СТОМАТОЛОГАМИ АДГЕЗИВНИХ СИСТЕМ ТА СТАТИСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДХОДІВ ДО АДГЕЗИВНОГО ПРОТОКОЛУ**

Цяпка Х.І.

**DATA OF ANONYMOUS INTERNET-QUESTIONNAIRE ON CHOOSING THE BONDING SYSTEMS BY PRACTICING DENTISTS AND STATISTICAL RESEARCH OF APPROACHES TO BONDING PROTOCOL**

H.I. Tsiapka

**52.ОЦІНКА НОВИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ КОРЕНІВ ТА ПЕРІАПІКАЛЬНИХ ТКАНИН ЗУБІВ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ВІДНОВЛЕННЯ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ**

Шітев Євгеній, Борейко Степан

**EVALUATION OF NEW OPPORTUNITIES FOR DIAGNOSTICS OF ROOTS AND PERIAPICAL TISSUES OF TEETH THAT NEED CORONAL RESTORATION**

**53.ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПАРОДОНТИТУ У ДІТЕЙ  
ВІКОМ ВІД 6 ДО 14 РОКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ  
РИЗИКУ(ГІНГІВІТ,ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ,ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ)  
У МЕШКАНЦІВ М. УЖГОРОДА**

Бажо О.В., Капустей Г.Ю., Кухарчук Л.В., Матківська І.О., Гелетей В.В.  
**FEATURES OF PERIODONTITIS IN CHILDREN AGED 6 TO 14  
YEARS DEPENDING ON RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC  
TONSILITIS, DIABETES) IN RESIDENTS OF UZHGOROD CITY**  
O. V. Bazho, H. Yu. Kapustei, L.V.Kuharchuk, I. O. Matkivska, V.V.Heletei

**54.ВИЗНАЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ,  
ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА СПАДКОВОГО ФАКТОРУ В  
БЛИЗНЮКІВ ВІКОМ 12-15 РОКІВ**

Білинський О.Я., Добровольська М.К  
**DEFINING THE INTERCONNECTION BETWEEN AND AMONG  
DENTAL INTENSITY, DENTAL HYGIENE AND HEREDITY IN  
TWINS AGED OF 12-15 YEARS**  
O. Ya. Bilynskyi; M. K. Dobrovolska

**55.ВЕРИФІКАЦІЯ ЛІТЕРАТУРНИХ І СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ  
ЩОДО ГЕРМЕТИЗУВАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ДЕЯКИХ  
МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ПЛОМБУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПРИ  
ПЕРФОРАЦІЯХ У ДІЛЯНКАХ ФУРКАЦІЇ КОРЕНІВ ЗУБА**

Василова О. І, Жабюк Т. М.  
**VERIFICATION OF LITERATURE AND STATISTICAL DATA OF  
SEALING PROPERTIES OF SOME MATERIALS MEANT FOR ROOT  
CANAL FILLING IN CASE OF PERFORATION OF TOOTH ROOT  
FURCATION AREAS**  
O.I. Vasylova, T.M Zhabiuk

**56.РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ  
СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ЗА ДАНИМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ КЛІНІКИ  
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ  
О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

Васильєва О.С.  
**PREVALENCE OF DENTO-ALVEOLAR DEFORMATIONS IN  
PATIENTS AMONG PATIENTS OF DENTAL CLINIC OF O.O.  
BOHOMOLETS NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY**

O.S. Vasylieva

**57.АНАЛІЗ ВПЛИВУ ВИСОКИХ ТЕМПЕРАТУР НА ЕМАЛЬ ТА ДЕНТИН ЗУБІВ В СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗАХ**

Гаврилешко К.І.

**ANALYSIS OF INFLUENCE OF HIGH TEMPERATURES ON ENAMEL AND DENTIN OF TEETH IN FORENSIC EXPERTISE**

K.I. Havryleshko

**58.ДИТЯЧИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СЕРТИФІКАТ» ЯК СПОСІБ ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СТОМАТОЛОГІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ ДИТИНИ**

Горзов В.В., Горзов С.С., Кривецький В.В.

**CHILD'S DENTAL CERTIFICATE AS THE WAY TO MONITOR THE DENTAL HEALTH OF CHILD IN DYNAMICS**

V.V. Horzov, S.S. Horzov, V.V. Kryvetskyi

**59.ВИКОРИСТАННЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ІНДИКАТОРІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ПІДЛІТКІВ м. УЖГОРОДА**

Горзов Л.Ф.

**APPLYING EUROPEAN INDICATORS OF DENTAL HEALTH IN ADOLESCENTS IN UZHGOROD**

L.F. Horzov

**60.ВПЛИВ PH ШЛУНКУ ТА СЛИНИ НА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЕМАЛІ**

Думинець Л.І.

**EFFECT OF SALIVA AND GASTRIC PH ON THE RESISTANCE OF ENAMEL**

L.I.Dumynets

**61.ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАСТИН «КП-ПЛАСТ АНТИМІКРОБНИЙ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

Катеринюк В.О., Хороб О.В.

**EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF USAGE OF «KP-PLAST-ANTIMICROBNIY» IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS**

V.O.Kateryniuk, O.V. Khorob

**62.ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ПАРОДОНТОЗУ В ОСІБ ВІКОМ ВІД 26 ДО 32 РОКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ (ГІНГІВІТ, ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЯ) СЕРЕД МЕШКАНЦІВ УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ**

Ковач А.О., Негря А.В., Сливар Н.О., Фогел Е.В., Яник Д.В

**FEATURES OF SPREADING OF PARODONTOSIS IN PEOPLE AGED 26 TO 32 YEARS DEPENDING ON RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC TONSILLITIS, DIABETES, HEART DISEASE) AMONG RESIDENTS OF UZHGOROD DISTRICT**

A.O. Kovach, A.V. Negrya, N.O. Slivar, E.W.Fogel, D.V. Yanik

**63.ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПАРОДОНТИТУ У ПІДЛІТКІВ 14 -18 РОКІВ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ (ГІНГІВІТ, ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ) У МЕШКАНЦІВ М. УЖГОРОДА**

Кучмаш Я.О, Попович Е.В., Парлаг В.В., Дем'ян А.М., Мальцева О.М.

**FEATURES OF PERIODONTITIS IN TEENAGERS AGED 14-18 YEARS DEPENDING ON RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC TONSILLITIS, DIABETES) IN UZHGOROD CITIZENS**

Ya.O. Kuchmash, Ye.V. Popovych, V.V. Parlag, A.M. Demian, O.M. Maltseva

**64.ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ІНТРАСЕПТАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Лайош Н.В.

**ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF INTRASEPTAL LOCAL ANESTHESIA IN DENTAL PRACTICE**

N.V. Laiosh

**65.ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПАРОДОНТИТУ У ОСІБ ВІКОМ ВІД 18 ДО 24 РОКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ(ГІНГІВІТ,ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ,ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ) У МЕШКАНЦІВ М. УЖГОРОДА**

Майор І.І., Переста М.В., Сачук А.С., Чобей Д.І.

**FEATURES OF PERIODONTITIS IN PEOPLE AGED 18 TO 24 YEARS DEPENDING ON RISK FACTORS ( GINGIVITIS, CHRONIC TONSILITIS, DIABETES) IN RESIDENTS OF UZHGOROD CITY**

I.I. Maior, M.V. Peresta, A.S. Sachuk, D.I. Chobei

**66.ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРИКУСУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ХАРАКТЕРУ ХАРЧУВАННЯ У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 6 ДО 12 РОКІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Мельник С.В., Спасюк І.Р.

**FEATURES OF FORMATION OF BITE DEPENDING ON THE NATURE NUTRITION IN CHILDREN AGED 6 TO 12 YEARS IN TRANSCARPATHIAN REGION**

S.V. Melnyk, I.R. Spasiuk

**67.ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ФЛЮКТУОРИЗАЦІЇ**

Патерега Н.І.

**PECULIARITIES OF PATIENTS' REHABILITATION AFTER ATYPICAL REMOVAL OF THIRD MOLAR TEETH BY MEANS OF FLUCTUORIZATION**

N.I. Paterega

**68.ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ МАСОВИХ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Мочалов Ю.О., Розлутська В.З.

**EXPERIENCE OF CONDUCTING LARGE-SCALE MEASURES FOR DENTAL DISEASE PREVENTION**

Yu.O. Mochalov, V.Z. Rozlutska

**69.АКТИВНІСТЬ ФОСФАТАЗ У КРОВІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

Ільницька О.М., Катеринюк В.О., Хороб О.В., Катеринюк В.Ю., Катеринюк О.Г.

**ACTIVITY OF PHOSPHATASES IN BLOOD OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS**

О.М. Ilnytska, V.O. Katerynyuk, O.V. Khorob, V.Yu. Katerynyuk, O.H. Katerynyuk

**70.КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДИКИ ПРОТЕЗУВАННЯ КОМБІНОВАНИМИ МОСТОПОДІБНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ З ІНТЕГРОВАНИМИ СИГНАЛЬНИМИ ПРИСТРОЯМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ОСІБ, ЧИЯ ДІЯЛЬНІСТЬ ПОВ'ЯЗАНА З РИЗИКОМ ДЛЯ ЖИТТЯ**

Стецик А.О

**CLINICAL AND LABORATORY JUSTIFICATION OF  
METHODOLOGY OF MAKE PROSTHETIC APPLIANCES BY  
MEANS OF COMBINED BRIDGELIKE CONSTRUCTIONS WITH  
INTEGRATED SIGNAL DEVICES WHEN TREATING PERSONS  
WHOSE ACTIVITY IS RELATED TO RISK TO LIFE**

A.O. Stetsyk

**71.ОЦІНКА РЕГЕНЕРАЦІЇ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ  
З І БЕЗ ВИКОРИСТАННЯ БАГАТОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ  
PRF(PLATELET RICH FIBRIN)**

Боднар І.В.

**ASSESSMENT OF INTERNAL REGENERATION OF BONE DEFECTS  
WITH AND WITHOUT THE USE OF PLATELET RICH FIBRIN**

I.V. Bodnar

**72.МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ  
ПАРОДОНТА НА ФОНІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ  
ТРАВЛЕННЯ**

Гелей Н.І., Гелей В.М.

**METHODS OF THE TREATMENT OF INFLAMMATORY  
PERIODONTAL DISEASES ON THE BACKGROUND OF SOMATIC  
PATHOLOGY OF THE DIGESTIVE SYSTEM**

N.I. Heley, V.M. Heley

**73.ІМУННІ МЕХАНІЗМИ НЕПЕРЕНОСИМОСТІ  
ПЛАСТМАСОВИХ ТА МЕТАЛЕВИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ**

Дзюба М. І.

**IMMUNE MECHANISMS OF INTOLERANCE OF PLASTIC AND  
METAL DENTURES**

M.I. Dziuba

**74.ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗПОДІЛУ ЖУВАЛЬНИХ ТИСКІВ У  
ПАЦІЄНТІВ З БЮГЕЛЬНИМИ ПРОТЕЗАМИ ІЗ ЗАМКОВОЮ  
СИСТЕМОЮ ФІКСАЦІЇ**

Закурко С.В., Лисейко Н.В., Захарова Г.Є., Етніс Л.О., Ірійчук І.Д.

**ANALYSIS OF DIVISION OF CHEWING PRESSURES IN PATIENTS  
WITH ATTACHMENT-RETAINED REMOVABLE PARTIAL  
DENTURES**

S.V. Zakurko, N.V. Lyseyko, H.Ye. Zakharova, L.O. Etnis, I.D. Iriychuk

**75.ХАРАКТЕР ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОКЛЮЗІЙНОГО ВЕДЕННЯ У ОСІБ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП З РОБОЧОЮ НАПРАВЛЯЮЧОЮ ФУНКЦІЄЮ (РНФ)**

Коваль Є.А., Хадіян Єкта М., Парій В.В., Дядік І.Г., Пашкевич В.В.

**THE CHARACTER OF FUNCTIONAL OCCLUSION KEEPING IN PERSONS OF DIFFERENT AGE GROUPS WITH OPERATING DIRECTING FUNCTION**

E.A. Koval, M. Nadian Yekta, V.V. Parii, I.G.Dyadik, V.V. Pashkevich

**76.ОЦІНЮВАННЯ ЗМІНИ ГЛИБИНИ ТА РАДІУСУ САГІТАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЙНОЇ КРИВОЇ ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ПРОРІЗУВАННЯ ЗУБІВ МУДРОСТІ**

Копичин Катерина, Філяк Юлія

**EVALUATION OF DEPTH AND RADIUS CHANGE OF SAGITTAL OCCLUSAL CURVE AFTER FULL ERUPTION OF WISDOM TEETH**

Коручын Kateryna, Filyak Yuliya

**77.ВПЛИВ МЕТОДІВ АБРАЗИВНОЇ ОБРОБКИ НА ОСОБЛИВОСТІ РЕЛЬЄФУ МЕТАЛО-КЕРАМІЧНОЇ ПОВЕРХНІ ВЗІРЦІВ**

Крулик В.В.

**INFLUENCE OF ABRASIVE PROCESSION METHODS ON THE PECULIARITIES OF METAL-CERAMIC SAMPLES SURFACE RELIEF**

V.V. Krulyk

**78.ЗМІНИ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ У ТКАНИНАХ ПАРАДОНТУ ЩУРІВ НА ТЛІ ДІЇ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ**

Лаврін О.Я., Гецько Н.В.

**CHANGES OF FREE RADICAL OXIDATION IN PERIODONTAL TISSUES OF RATS AGAINST THE BACKGROUND OF TOBACCO SMOKE**

O.Ya. Lavrin, N.V. Hetsko

**79.МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОАНАЛГЕЗІЇ ТА ПРЕПАРАТУ „МІЛЬГАММА” ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОДОНТОГЕННУ НЕВРАЛГІЮ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА**

Лялька Мар'яна, Назаревич М.Р.

**FEATURES OF APPLYING THE METHOD OF TRANSCRANIAL ELECTROANALGESIA AND «MILHAMMA» IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ODONTOGENIC TRIGEMINAL NEURALGIA**

Lalka Mariana, M.R. Nazarevuch.

**80.ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ЕКЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА СТАН ЗУБІВ ТА ТКАНИНИ ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З ПРОЯВАМИ БРУКСИЗМУ**

Марушинець Я.Я.

**STUDYING THE INFLUENCE OF EXOGENOUS FACTORS ON TEETH AND PARODONT IN PATIENTS WITH BRUXISM**

Ya. Ya. Marushynets

**81.ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОКЛЮЗІЙНО – М'ЯЗЕВИХ КОМПОНЕНТІВ СТОМАТОГНАТИЧНОЇ СИСТЕМИ**

Медвінська Н.І., Куц П. В.

**EXPERIMENTAL STUDY OF OCCLUSAL-MUSCULAR COMPONENTS OF STOMATOGNATHIC SYSTEM**

N.I. Medvinska, P.V. Kuts

**82.АКТУАЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У РОЗШУКУ ЗНИКЛИХ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.**

Мелкумян Т.С.

**THE RELEVANCE OF THE USE OF DENTAL TECHNOLOGIES IN THE SEARCH FOR MISSING CHILDREN AND ADOLESCENTS**

T.S. Melkumian

**83.ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АТТАЧМЕНІВ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСТАЛЬНИХ НЕОБМЕЖЕНИХ ДЕФЕКТІВ**

Мойса К. О.

**COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF ATTACHMENT DENTURES IN THE TREATMENT OF DISTAL UNLIMITED DEFECTS**

K.O. Moisa

**84.КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЧНИМИ СТАНАМИ ЗУМОВЛЕНИХ, КОРИСТУВАННЯМ МЕТАЛОВМІСНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ.**

Парій В.В., Лось В.В., Гуца Д.К., Коваль Є.А., Пашкевич В.В., Дядік І.Г.

**CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH PATHOLOGICAL CONDITIONS RESULTED FROM USING METAL DENTURES**

V.V. Parii, D.K. Gushcha, V.V. Los, I.A.Koval, V.V.Pashkevich, I.H. Dyadik.

**85.РІВЕНЬ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИХ ЗНАТЬ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ**

Рибак О. П., Лещук С.Є, Стадник У.О

**THE LEVEL OF HYGIENE KNOWLEDGE IN CHILDREN WITH ASTHMA**

O.P. Rybak, S.Ye. Leshchuk, U.O.Stadnyk

**86.СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ТКАНИН ПАРОДОНТА У ХВОРИХ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНІ УРАЖЕННЯ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ**

Тепла Т. О.

**STATE OF PERIODONTAL TISSUE MICROVASCULATURE IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS AGAINST THE BACKGROUND OF CERVICAL INTERVERTEBRAL DISKS LESION**

T.O. Tepla

**87.ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ НА РІВЕНЬ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ, ЗАЛЕЖНІСТЬ ЦИХ ЗМІН ВІД ТИПУ РЕАГУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ**

У.І. Брецько

**EFFECT OF EMOTIONAL STRESS ON THE LEVEL OF ORAL HYGIENE AND THE STATE OF PERIODONTAL TISSUES OF DENTAL FACULTY'S STUDENTS, THE DEPENDENCE OF THESE CHANGES ON TYPE OF PERSONLITY'S RESPONSE**

U.I. Bretsko

**88.ЗМІНИ МОТОРИКИ ЯЗИКА У ПАЦІЄНТІВ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ФОНІ ОКЛЮЗІЙНИХ ПОРУШЕНЬ**

Циганок О. В., Штефан А.В., Новіков В. М.

**MALOCCLUSION-RELATED TONGUE MOVEMENT DISORDERS IN PATIENTS WITH NEUROLOGICAL IMPAIRMENTS**

O.V. Tsyhanok, A.V. Shtefan, V.M. Novikov

**89. НЕДОЛІКИ СТАТИЧНИХ МЕТОДІВ У ВИЗНАЧЕННІ  
ЖУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ**

Цоцко Ю.В.

**DISADVANTAGES OF STATIC METHODS IN DETERMINING THE  
CHEWING EFFICIENCY**

Yu.V. Tsotsko

**90. ОГЛЯД ДИМЕНЦІЙ, ЯК НАЯВНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ,  
ЯКІ ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ В СТОМАТОЛОГІЇ**

Швець І.С.

**REVIEW OF DEMENTIAS AS EXISTING PATHOLOGICAL  
CONDITIONS THAT OCCUR IN DENTISTRY**

I.S. Shvets

**91. ВПЛИВ РЕТИНОЛ АЦЕТАТУ НА ЗАГОЄННЯ РАН НА ФОНІ  
ГІПОТИРЕОЗУ (ТВАРИННИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ)**

Штибель Д. В., Штибель Н. В.

**THE EFFECT OF RETINOL ACETATE ON WOUND HEALING IN  
STATE OF HYPOTHYROIDISM (ANIMAL EXPERIMENT)**

D.V. Shtybel, N.V. Shtybel

**92. УДАРНО-ХВИЛЬОВА ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ОПТИМІЗАЦІЇ  
ЗАГОЄННЯ ПОРОЖНИННИХ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ НА  
НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ (ТВАРИННИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ)**

Штибель Н. В., Штибель Д. В.

**THE SHOCK WAVE TREATMENT AS A METHOD OF  
OPTIMISATION OF HOLEY BONE DEFECT HEALING AT THE  
MANDIBLE (ANIMAL EXPERIMENT)**

N.V. Shtybel, D.V. Shtybel

**93. ВМІСТ МАГНІЮ В РОТОВІЙ РІДИНІ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ  
СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ**

Авдусенко М.В.

**THE CONTENT OF MAGNESIUM IN THE ORAL LIQUID IN  
CHILDREN WITH DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE**

M.V. Avdusenko

**94.БАЗОВІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЕСТЕТИЧНИХ  
ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ У ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ**

Безрукавий С.В., Єгоров М.Д.

**BASIC CRITERIA FOR ASSESSING THE QUALITY OF  
ORTHOPEDIC ESTHETIC RESTORATIONS IN THE FRONTAL  
AREA**

S.V. Bezrukavyyi, M.D. Ehorov

**95.КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБУ ТА  
ПАРОДОНТУ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

Вовчанська С. В.

**CLINICAL CHARACTERISTIC OF STATE OF TOOTH HARD  
TISSUES AND PERIODONTAL TISSUES IN ONCOLOGICAL  
PATIENTS**

S.V. Vovchanska

**96.ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНОМУ  
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОМУ СТАЦІОНАРІ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ  
СТОМАТ ПОЛІКЛІНІКИ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Горват В.М.

**ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN MODERN HOSPITAL  
MAXILLOFACIAL UNIVERSITY DENTAL CLINIC IN THE  
TRANSCARPATHIAN REGION**

V.M. Gorvat

**97.ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У  
ХВОРИХЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Дворакевич Я. А.

**GENDER FEATURES OF DENTAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS  
WITH TYPE II DIABETES**

Ya.A. Dvorakevych

**98.ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ  
ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ НА ПРОЦЕСИ ЗАГОЄННЯ РАН ПІСЛЯ  
ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ В ПОРОЖНИНИ РОТА**

Домише М.Ю

**THE EFFECTIVENESS OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL  
STIMULATION ON WOUND HEALING PROCESS AFTER SURGERY  
IN THE MOUTH**

M.Yu. Domyshche

**99.ХІМІЧНИЙ СКЛАД ПОВЕРХНЕВОЇ ЕМАЛІ ЗУБІВ З  
КЛИНОПОДІБНИМ ДЕФЕКТОМ**

Заболотна І.І., Гензицька О.С.

**CHEMICAL COMPOSITION OF SURFACE ENAMEL OF TEETH  
WITH WEDGE-SHAPED DEFECTS**

I.I. Zabolotna, O.S. Henzytska

**100.АНАЛІЗ МЕТОДИК ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД СУЦІЛЬНО  
КЕРАМІЧНІ КОРОНКИ. ФІЛОСОФІЯ ССQ(С-COMFORT,С-  
CONTROL,Q-QUALITY)**

Завадка М. А.

**ANALYSIS OF METHODS OF TEETH PREPARATION FOR  
CERAMIC CROWNS. PHILOSOPHY ССQ (С-COMFORT,С-  
CONTROL,Q-QUALITY)**

M.A. Zavadka

**101.АНАЛІЗ ШЛЯХІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕЕФЕКТИВНОГО  
МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ -  
СТОМАТОЛОГА**

Йовбак С. В.

**ANALYSIS OF METHODS OF PREVENTING THE INEFFECTIVE  
LOCAL ANESTHESIA**

S.V. Jovbak

**102.ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПАТОЛОГІЇ ТКАНИН  
ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Колосова К. Ю.

**EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF THE PATHOLOGY OF  
PERIODONTAL TISSUE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS**

K.Yu. Kolosova

**103.ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ  
ЗНІМНИМИ МОСТОПОДІБНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

Комлев А.А., Юрін С.Є.

**IMPROVING EFFICIENCY OF REMOVABLE PROSTHESIS  
PROSTHETIC APPLIANCES**

A.A. Komlev, S.E. Yurin

**104.МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ РЕАКЦІЙ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НА  
ПРОМЕНЕВУ ТЕРАПІЮ У ХВОРИХ ПІСЛЯ СПЕЦИФІЧНОГО  
ЛІКУВАННЯ НОВОУТВОРІВ В ДІЛЯНЦІ ГОЛОВИ І ШИЇ**

Кравченко Л.С., Романов Г.О.

**LOCAL TREATMENT OF REACTION OF MUCOSA TO  
RADIOTHERAPY IN PATIENTS AFTER SPECIFIC TREATMENT OF  
TUMORS IN THE HEAD AND NECK**

L.S. Kravchenko, H.O. Romanov

**105.ОСОБЛИВОСТІ БІОМЕХАНІЧНОГО ВЗАЄМОДІЇ  
ПАРОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ ТА ОПОРНИХ ЗУБІВ ПРИ  
ПРОТЕЗУВАННІ ЧАСТКОВИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

Малюченко О. М.

**PECULIARITIES OF BIOMECHANICAL INTERACTION OF  
PARODONTAL COMPLEX AND ABUTMENT TEETH IN CASE OF  
PARTIALLY REMOVABLE DENTURES**

O.M. Maliuchenko

**106.КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ  
РЕТЕНОВАНИХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ**

Мар'ян В. Ю.

**THE CLINICAL ASPECTS OF IMPACTED THIRD MOLARS  
EXTRACTION**

V.Yu. Maryan

**107.АНАЛІЗ АДЕКВАТНОСТІ ПРЕМЕДИКАЦІЇ У ДІТЕЙ ВІД 3 ДО  
10 РОКІВ ЗА ПОКАЗНИКАМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ**

Махньова А. В.

**ANALYSIS OF PREMEDICATION EXPERIENCE IN 3-5-YEARS  
CHILDREN BY BLOOD PRESSURE RATE**

A. V. Mahnyova

**108.КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ЕТАПИ ВИГОТОВЛЕННЯ  
ОРТОПЕДИЧНИХ СИГНАЛЬНИХ КОНСТРУКЦІЙ ДЛЯ ОСІБ,  
ЧІЯ ДІЯЛЬНІСТЬ ПОВ'ЯЗАНА З РИЗИКОМ ДЛЯ ЖИТТЯ**

Нагірний Д.А., Костенко О.Є.

**CLINICAL AND LABORATORY STAGE OF MANUFACTURING  
ORTHOPEDIC SIGNAL STRUCTURES FOR PERSONS WHOSE  
ACTIVITIES ARE CONNECTED WITH RISK TO LIFE**

D.A. Nahirnyi, O.Ye. Kostenko

**109.ПРИСТРІЙ ДЛЯ МАКРОФОТОГРАФУВАННЯ ЗУБІВ,  
ПРЕПАРОВАНИХ ПІД ПОВНУ КОРОНКУ**

Пашек-Садоха Р.А.

**DEVICE FOR MICROPHOTOGRAPHY OF TEETH PREPARED FOR A FULL CROWN**

R.A. Pashek-Sadokha

**110.УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ КОРЕНЕВОЇ ЧАСТИНИ ДЕНТИНУ ПРИ ПІДГОТОВКИ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ ПІД ШТИФТОВІ КОНСТРУКЦІЇ**

Радько В.І., Пальчиков А.В., Чорненький І. М.

**ULTRASTRUCTURAL CHANGES OF THE ROOT OF THE DENTIN WHEN PREPARING ROOT CANAL DENTAL POST**

V.I. Radko, A.V. Palchikov, I.M. Chornenkyi

**111.ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗБІЖНОСТІ СЕРЕДИННИХ ЛІНІЙ ОБЛИЧЧЯ ТА ЗУБНОГО РЯДУ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА ФОТОГРАФІЯМИ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ**

Романко Анна-Марія, Дидин Лідія

**EVALUATION OF FACIAL AND DENTAL MIDLINES DISCREPANCIES BY YOUNG PEOPLE'S PHOTOGRAPHS**

Anna-Maria Romanko, Lidia Dydyn

**112.ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН В ПОРОЖНИНІ РОТА ПІСЛЯ ПРОТЕЗУВАННЯ ЧАСТКОВИМИ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ**

Ясінський М. М.

**STUDYING CHANGES IN THE MOUTH CAVITY AFTER PLACING REMOVABLE PARTIAL DENTURES**

M.M. Yasinskyi

**113.ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ МІНІМАЛІЗАЦІЇ ПОЛІМЕРИЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ У ПОРОЖНИНАХ З ВИСОКИМ ПОКАЗНИКОМ С-ФАКТОРУ ЗА ДОПОМОГОЮ МАТЕРІАЛУ SDR Крічфалушій С.І.**

**THEORETICAL JUSTIFICATION OF MINIMIZATION OF POLYMERIZATION STRESS IN CAVITIES WITH HIGH C-FACTOR WITH THE HELP OF SDR MATERIAL**

S.I. Krichfalushiy

**114.ОСОБЛИВОСТІ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН В ТКАНИНАХ ЯЗИКА ПРИ ДЕСКВАМАТИВНОМУ ГЛОСИТІ**

Боднарчук І. В, Герасимюк І. Є.

**FEATURES OF MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL CHANGES  
IN THE TISSUES OF THE TONGUE WITH DESQUAMATIVE  
GLOSSITIS**

I.V. Bodnarchuk, I.Ye. Herasymiuk

**115.ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ  
ПРИ ПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЯХ З ВИКОРИСТАННЯМ  
МАТЕРІАЛУ «BEAUTIFUL»**

Бойчук М.М.

**ASSESSING THE EFFICIENCY OF REMINERALIZATION THERAPY  
IN CASE OF DIRECT RESTORATIONS WITH THE HELP OF  
“BEAUTIFUL” MATERIAL**

M.M. Boychuk

**116.АНАЛІЗ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ  
ТЕРМОФОТОМЕТРІЇ**

Дячук К.Г.

**ANALYSIS OF PERIODONTAL POCKETS USING  
THERMOPHOTOMETRY**

K.H. Dyachuk

**117.ВДОСКОНАЛЕНИЙ МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ  
АПРОКСИМАЛЬНИХ КОНТАКТНИХ ПУНКТИВ ПРИ ПРЯМІЙ  
РЕСТАВРАЦІЇ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ  
ЩЕЛЕПИ З ВИКОРИСТАННЯМ МАТЕРІАЛІВ «SHOFU»**

Колбаско Л.В.

**IMPROVED METHODOLOGY OF RECOVERING CONTACT  
POINTS FOR DIRECT RESTORATION OF FRONTAL TEETH OF  
THE LOWER JAW WITH THE USE OF “SHOFU” MATERIAL**

L.V. Kolbasko

**118.СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ СТУДЕНТІВ  
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ В УМОВАХ  
ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ**

Кузьо Н.В

**THE STATE OF DENTAL HARD TISSUES OF STUDENTS IN TERMS  
OF EMOTIONAL STRESS**

N.V. Kuzo

**119.ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДУ ВИГОТОВЛЕННЯ КУКСО-КОРЕНЕВОЇ ВКЛАДКИ З ФАЛЬЦЕМ ТА УСТУПОМ**

Локота М.Е., Шекітка М.П., Ухатюк А. С., Вовчок Р. В., Маляр А.В.

**IMPROVING MANUFACTURING METHOD OF STUMP-ROOT TABS WITH FOLDED AND SCAPS**

M.E. Lokota, M.P. Shykitka, A.S. Uhatyuk, R.V. Vovchok, A.V. Malyar

**120.АКТИВНІСТЬ ФЕРМЕНТІВ ДЕТОКСИКАЦІЇ КСЕНОБІОТИКІВ В ОРГАНІЗМІ ДІТЕЙ ЗІ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Лучинський В.М., Лучинська Ю.І., Болюк Ю.В.

**THE ACTIVITY OF XENOBIOTICS DETOXIFICATION ENZYMES IN CHILDREN WITH DENTAL DISEASES**

V.M. Luchynskiy, Y.I. Luchynska, Y.V. Boliuk

**121.УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ ІІ–ІІІ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ**

Шемелько М.Л.

**IMPROVING HEALTH CARE COMPLEX SURGICAL TREATMENT AND PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN GENERALIZED PERIODONTITIS OF II-III DEGREE OF SEVERITY**

M.L. Shemelko

**122.МЕТОДИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ КРАЩОГО РЕЗУЛЬТАТУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ УДОСКОНАЛЕНОЇ ЛОЖКИ**

Палійчук І.В.,Локота Ю.С.,Палійчук В.І.,Локота М.Є.,Палійчук М.І.

**METHODS TO IMPROVE EFFICIENCY TO ACHIEVE BETTER RESULTS WHEN USING SMPROVED**

I.V. Paliychuk, Yu.Ye. Lokota, V.I. Paliychuk, M.E. Lokota, M.I. Paliychuk

**123.АНАЛІЗ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ОДОНТОГЕННИМИ ФЛЕГМОНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ РІВНІ**

С.Ю. Петрецька

**ANALYSIS OF THE QUALITY OF DIAGNOSIS AND MEDICAL CARE PROVIDED TO PATIENTS WITH ODONTOGENIC (DENTAL) PHLEGMON OF MAXILLOFACIAL AREA ON AN OUTPATIENT BASIS**

S.Yu. Petretska

**124.ПАРАДИГМА ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ УСТАНОВ НА ЗАСАДАХ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА**

Савчук О.В.

**PARADIGM OF OPTIMIZATION OF PUBLIC DENTAL INSTITUTIONS IN THE PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP**

O.V. Savchuk

**125.ВПЛИВ ГІПОКІНЕЗІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ЩУРІВ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕРІОДОНТАЛЬНОЇ ЗВ'ЯЗКИ ЇХ ПОТОМСТВА**

Слинько Ю.О.

**INFLUENCE OF HYPOKINESIA OF MORPHOFUNCTIONAL STATE ON PERIODONTAL LIGAMENT OF PREGNANT RATS POSTERITY**

Yu.O. Slynko

**126СТРУКТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЛОКАЛІЗОВАНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

Холодняк О. В.

**THE STRUCTURE AND THE CLINICAL PROCESS OF LOCAL INFLAMMATORY DISEASES OF PERIODONTAL TISSUES IN YOUNG PEOPLE**

O.V. Kholodnyak

**127АЛЬТЕРНАТИВА ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ. АКТУАЛЬНІСТЬ ГЕМІСЕКЦІЇ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**

Цифра Л.В

**THE ALTERNATIVE OF DENTAL IMPLANTATION. HEMISECTION RELEVANCE IN PROSTHODONTICS**

L.V. Tsyfra

**128.АНАЛІЗ ВИБОРУ КОНСТРУКЦІЇ НЕЗНІМНИХ  
ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ ВКЛЮЧЕНИХ ДЕФЕКТІВ В  
БОКОВИХ ДІЛЯНКАХ**

Ю.Ю.Гецко

**ANALYZING THE CHOICE OF DESIGN OF FIXED ORTHOPEDIC  
CONSTRUCTIONS OF INCLUDED DEFECTS IN THE SIDE AREAS**

Yu. Yu. Hetsko

**129. МОДЕРНІЗАЦІЯ ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ  
ФОТОПОЛІМЕРНИХ МАТЕРІАЛІВ  
СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИМИ МЕТОДАМИ ШЛЯХОМ  
ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ПРОГРАМИ**

Костенко С.Б.

**MODERNIZING THE PROCESSING OF THE RESULTS OF  
PHOTOPOLYMER IDENTIFICATION WITH THE HELP OF  
SPECTROPHOTOMETRIC METHODS USING A COMPUTER  
PROGRAM**

S.B. Kostenko

**130.РЕКОНСТРУКЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ  
ДІЛЯНЦІ  
REKONSTRUKČNE MOZNOSTI V ORO-MAXILOFACIALNEJ  
OBLASTI.**

Jenča.A.,Zivčák.J.,Jenča.A.jn.,Hudak.R.

**131.ПОГЛЯД НА ХІРУРГІЧНО-ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ  
АНОМАЛІЙ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.  
POHLÁD NA CHIRURGICKO-ORTOPEDICKU LIEČBU ANOMÁLII  
MAXILOFACIALNEJ OBLASTI.**

Jenča.A.,Jenčova.J.,Jenča.A.jn.,Gorvat.V.

**131. ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ПРОТОКОЛІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ  
ЗУБОЩЕЛЕПОВОЇ СИСТЕМИ**

Ляхіна М.В.

**IMPLEMENTATION OF DENTOFACIAL SYSTEM  
IDENTIFICATION PROTOCOLS.**

M.V. Liakhina

## ЗМІСТ

<b>1. МОНІТОРИНГ ПОШИРЕНОСТІ ТА ВИДІВ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ М. УЖГОРОД</b> Ізай М.Е., Зомбор К.В. <b>MONITORING OF PREVALENCE AND TYPES OF DENTOFACIAL ANOMALIES IN CHILDREN IN UZHGOROD</b> M. Ye. Izai, K. V. Zombor .....	59
<b>2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКА САУЦЕРИЗАЦІЇ НАВКОЛО ІМПЛАНТАТІВ РІЗНОГО ДІАМЕТРУ</b> Русин В.В. <b>EVALUATION OF SAUCERIZATION PARAMETER AROUND DENTAL IMPLANTS OF VARIOUS DIAMETERS</b> V. V. Rusyn.....	61
<b>3. ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ СКУПЧЕНОСТІ ЗУБІВ У ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ СУЦІЛЬНОКЕРАМІЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ</b> Бокоч А.В. <b>THE CHOICE OF OPTIMAL PROSTHETIC TREATMENT OF FRONTAL TOOTH CROWDING WITH CERAMIC CROWNS</b> A.V. Bokoch.....	64
<b>4. МЕДИКО-ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ВТРАТИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЩЕЛЕП</b> Брехлічук П.П. <b>MEDICAL AND LEGAL ASPECTS OF DENTAL HEALTH EVALUATION IN CASE OF JAW FRACTURE</b> P.P. Brekhlichuk.....	67
<b>5. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ</b> Васько А.А. <b>RETROSPECTIVE ANALYSIS OF DENTAL PATIENTS' MEDICAL RECORDS</b> A.A. Vasko.....	70
<b>6. ГЕРМЕТИЗАЦІЯ ФІСУР ЯК ДІЄВИЙ МЕТОД ЕКЗОГЕННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ У ДІТЕЙ М. ЧЕРНІВЦІ</b>	

Власик К.Л.

**FISSURE SEALING AS AN EFFECTIVE METHOD OF EXOGENOUS PREVENTION OF CARIES IN CHILDREN FROM CHERNSVTSI CITY**

K.L. Vlasyk.....72

**7.ДОСЛІДЖЕННЯ КИСЛОТОСТІЙКОСТІ ЕМАЛІ ЗУБІВ У РІЗНИХ ДІЛЯНКАХ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ПОВЕРХНІ**

Вороніна Г. С.

**STUDYING ACID RESISTANCE OF TOOTH ENAMEL IN DIFFERENT PARTS OF VESTIBULAR SURFACE**

H.S. Voronina.....74

**8.ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ З НЕЗНІМНИМИ ОРТОДОНТИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ**

Горват І.О.

**FEATURES OF INDIVIDUAL ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH FIXED ORTHODONTIC APPLIANCES**

I.O. Horvat.....75

**9.ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗНОСОСТІЙКОСТІ ОБЛИЦЮВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ**

Даліщук А. І., Юр А. М., Гуменний О. В.

**EXPERIMENTAL RESEARCH OF WEARPROOF PROPERTIES OF VENEERS USED FOR FIXED DENTURES**

A.I. Dalishchuk, A.M. Yur, O.V. Humennyi.....78

**10.СПЕЦИФІЧНІ УРАЖЕННЯ ЗУБОЩЕЛЕПОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ЗОНІ ЕКОЛОГІЧНОГО ЗАБРУДНЕННЯ**

Дуганчик Я.І., Нестеренко М.Л.

**SPECIFIC DAMAGE OF DENTOFACIAL SYSTEM IN CHILDREN LIVING IN THE AREA OF ECOLOGICAL POLLUTION**

J.I. Duhanchyk, M.L. Nestrenko.....81

**11.ВИЗНАЧЕННЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СТАНУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ З ДЕСКВАМАТИВНИМ ГЛОСИТОМ, ПОЄДНАНИМ З СКЛЕРОДЕРМІЄЮ**

Заровський А. А., Капиця Д. В.

**DETERMINING ACID-BASE STATUS OF ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH DESQUAMATIVE GLOSSITIS ACCOMPANIED BY SCLERODERMA**

A.A. Zarovskiy, D.V. Kaputsja.....83

**12. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КОНСТРУКТИВНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕЗНІМНИХ АПАРАТІВ – УТРИМУВАЧІВ ПРОСТОРУ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ РАНЬОМУ ВИДАЛЕННІ ЗУБІВ**

Кадушкевич Богдан

**COMPARATIVE ANALYSIS OF CONSTRUCTIONAL FEATURES OF FIXED SPACE MAINTAINERS APPLIED AFTER EARLY TOOTH EXTRACTION**

Bohdan Kadushkevych.....85

**13. АСПЕКТИ ПЕРЕБУДОВИ КЛІТИННОГО СКЛАДУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У КУРЦІВ**

Козуб Ю. І.

**ASPECTS OF CHANGING CELL COMPOSITION OF SMOKERS' ORAL MUCOSA**

Y. I. Kozub.....86

**14. ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ (ГІНГІВІТ, ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ) НА НАЯВНІСТЬ ДЕСТРУКТИВНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ОСІБ ВІКОМ ВІД 18-25 РОКІВ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ М. УЖГОРОДА**

Лінтур К. М., Бордаш А.М., Воронова А.В.

**FEATURES OF RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC TONSILITIS, DIABETES) FOR THE INFLAMMATORY-DESTRUCTIVE PROCESS IN PERSONS AGED 18 TO 25 YEARS AMONG UZHGOROD CITIZENS**

K.M. Lintur, A.M. Bordash, A.V. Voronova.....89

**15. ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ АДГЕЗИВНИХ СИСТЕМ У СУДОВІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**

Маруха Р.Ю.

**LABORATORY EVALUATION OF SPECTROPHOTOMETRIC METHODS OF IDENTIFYING ADHESIVE SYSTEMS IN FORENSIC DENTISTRY**

R. Yu. Maruha.....92

**16.ОПТИМІЗАЦІЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ВЕРХІВКОВИХ ПЕРІОДОНТИТІВ КОНСЕРВАТИВНИМ МЕТОДОМ**

Присяжнюк О. М.

**OPTIMIZING EFFICIENCY OF TREATING DESTRUCTIVE FORMS OF GRANULOMATOUS PERIODONTITIS BY A CONVENTIONAL METHOD**

О.М. Prysiazhniuk.....93

**17.ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРИВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ІЗ НЕЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

Рошук О. І.

**EFFICIENCY OF ANTIOXIDANT THERAPY WHEN TREATING INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES IN PATIENTS WITH PERITIC ULCER WITH FIXED DENTURES**

О.І. Roshchuk.....95

**18.ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМУВАННЯ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ТА ПАТОЛОГІЧНИХ ТИПІВ ПРИКУСУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЕНДОГЕННИХ І ЕКЗОГЕННИХ ЧИННИКІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ВІКОМ ВІД 6 ДО 18 РОКІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Савко Є.Ю.

**GENERAL DESCRIPTION OF PHYSIOLOGICAL AND PATHOLOGICAL OCCLUSION FORMATION DEPENDING ON ENDOGENOUS AND EXOGENOUS FACTORS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AGED 6 TO 18 YEARS IN TRANSCARPATHIAN REGION**

Е.У. Savko.....98

**19.ОДОНТОГЛІФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗУБІВ ЖУВАЛЬНОЇ ГРУПИ У ДІТЕЙ ЗАКАРПАТТЯ ВІКОМ 12-15 РОКІВ**

Федевич М.О.

**ODONTOGLYPHIC FEATURES OF THE PERMANENT TEETH IN  
TEENAGERS AGED 12 AND 15 YEARS IN TRANSCARPATHIAN  
REGION**

M.O. Fedevych.....99

**20.МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛЮФІЛІЗОВАНОЇ  
КСЕНОДЕРМИ СВИНИ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН**

Чарківський Т.Ю.

**POSSIBILITIES OF APPLYING LYOPHILIZED PORCINE SKIN IN  
GINGIVAL RECESSION TREATMENT**

T.Y. Charkivskiy.....102

**21.ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ  
ЖУВАЛЬНОЇ ГРУПИ МАТЕРІАЛОМ ПОЛОФІЛ СУПРА, VOCO,  
НІМЕЧЧИНА**

Шеверя С.М.

**FEATURES OF RECOVERING DENTAL HARD TISSUES OF  
CHEWING TEETH WITH MATERIAL POLOFIL SUPRA, VOCO,  
GERMANY**

S.M. Sheveria.....104

**22.ПЕРЕВАГИ ПОСТУПОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ  
ОСТЕОІНТЕГРОВАНИХ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ В  
УМОВАХ НЕДОСТАТНЬОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ.**

Біда О. В., Забуга Ю. І., Біда О. В., Михальчук О. Б.

**BENEFITS OF GRADUAL LOADING OF DENTAL IMPLANTS IN  
LOW BONE DENSITY**

O.V. Bida, Yu.I. Zabuga, O.V. Bida, O.B. Mihalchuck.....106

**23.ХАРАКТЕРИСТИКА БІОТОПУ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН  
РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ ВІКОМ 5-6 РОКІВ**

Горзов В.В., Дем'янчук Ю.В.

**CHARACTERISTIC OF THE BIOTOPE OF DIFFERENT  
LOCALIZATION CARIOUS CAVITIES IN CHILDREN AGED 5-6  
YEARS**

V.V. Horzov, U.V. Demyanchuk.....109

**24.ВИЗНАЧЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ ВІД  
ВПЛИВУ ЕКЗО- ТА ЕНДОГЕННИХ ЧИННИКІВ У СТУДЕНТІВ  
ЗАКАРПАТТЯ ТА ІНДІЇ**

Горячко Т.В.

**DETERMINING THE DEPENDENCE OF CARIES INTENSITY ON THE IMPACT OF EXOGENOUS AND ENDOGENOUS FACTORS IN TRANSCARPATHIAN AND INDIAN STUDENTS**

T.V. Horiachko.....112

**25.ЄВРОПЕЙСЬКА ПРОГРАМА НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ РОМСЬКІЙ ЕТНІЧНІЙ ГРУПІ В СЛОВАЧЧИНІ**

Є.М.Гриненко

**THE EUROPEAN PROGRAM OF DENTAL CARE PROVISION TO GYPSY ETHNIC GROUP IN SLOVAKIA**

Ye.M. Grynenko.....116

**26.КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ КОМПОНЕНТІВ СПИРТОВОГО АДГЕЗИВНОГО ПРОТОКОЛУ: ІНГІБУВАННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗ (ММР)**

Жабюк Т. М.

**CLINICAL PHARMACOLOGY OF THE COMPONENTS OF SPIRIT BONDING PROTOCOL: INHIBITION OF MATRIX METALLOPROTEINASES' (MMP) NEGATIVE IMPACT**

T.M. Zhabiuk.....117

**27.ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ РОЗРОБКИ НОВОГО ПІДХОДУ ДО РЕЄСТРАЦІЇ ЗМІН РІВНЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ПЕРИІМПЛАНТАТНІЙ ДІЛЯНЦІ**

Кенюк А.Т.

**JUSTIFYING THE NEED TO DEVELOP A NEW APPROACH TO REGISTER BONE LEVEL CHANGES IN PERIIMPLANT AREA**

A. T. Kenyuk.....119

**28.ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ**

Когут О.В., Сабов А.В.

**ASSESSMENT OF THE RISK OF DENTAL CARIES IN CHILDREN IN THE COUNTRYSIDE**

O.V. Kohut, A.V. Sabov .....122

**29.СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ФОРМУВАННЯ ПРИКУСУ У НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВІКОМ 12-15 РОКІВ**

Лебедева О.І.

**STATISTICAL ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF ETIOLOGICAL FACTORS ON FORMATION OF BITE OF THE POPULATION AGED 12-15 YEARS IN TRANSKARPATIAN REGION**

O.I. Liebiedieva.....125

**30.РЕНТГЕНМОРФОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ КІСТКОВОТКАНИННОЇ ВТРАТИ АЛЬВЕОЛЯРНИХ ВІДРОСТКІВ НИЖНІХ ЩЕЛЕП ПАЦІЄНТІВ В ДІЛЯНКАХ ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОЇ АДЕНТІЇ**

Матюшенко Катерина, Божик Анна.

**X-RAY MORPHOMETRIC ANALYSIS OF THE BONE AND TISSUE LOSS OF LOWER ALVEOLAR RIDGES OF PATIENTS IN AREAS OF POSTEXTRACTION ADENTIA**

Kateryna Matiushenko, Anna Bozhyk.....126

**31.ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИБІЛЮВАННЯ ДИСКОЛОРИТІВ ДЕВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ**

Мельничук О. О.

**IMPROVING THE EFFICIENCY OF WHITENING NON-VITAL TEETH**

O.O. Melnychuk.....128

**32.ОСОБЛИВОСТІ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ БІОГЕОХІМІЧНОГО ДЕФІЦИТУ ФТОРУ ТА ЙОДУ**

Мухіна Я.О.

**FEATURES OF REMINERALIZING PREVENTATIVE MEASURES OF DENTAL CARIES IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN LIVING UNDER CONDITIONS OF BIOGEOCHEMICAL DEFICIENCY OF FLUORINE AND IODINE**

Y.O. Mukhina.....131

**33.ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЙ ПРИКУСУ У НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВІКОМ 15-18 РОКІВ**

Фельбаба Ю. М.

**FEATURES OF FORMATION OF BITE PATHOLOGY IN TRANSKARPATIAN REGION POPULATION AGED 15-18**

**34.ДАНІ АНОНІМНОГО ІНТЕРНЕТ-АНКЕТУВАННЯ ЩОДО  
ВИБОРУ ПРАКТИКУЮЧИМИ ЛІКАРЯМИ-СТОМАТОЛОГАМИ  
АДГЕЗИВНИХ СИСТЕМ ТА СТАТИСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ПІДХОДІВ ДО АДГЕЗИВНОГО ПРОТОКОЛУ**

Цяпка Х.І.

**DATA OF ANONYMOUS INTERNET-QUESTIONNAIRE ON  
CHOOSING THE BONDING SYSTEMS BY PRACTICING DENTISTS  
AND STATISTICAL RESEARCH OF APPROACHES TO BONDING  
PROTOCOL**

Н.І. Tsiapka.....135

**35.ОЦІНКА НОВИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ  
КОРЕНІВ ТА ПЕРІАПІКАЛЬНИХ ТКАНИН ЗУБІВ, ЯКІ  
ПОТРЕБУЮТЬ ВІДНОВЛЕННЯ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ**

Шітев Євгеній, Борейко Степан

**EVALUATION OF NEW OPPORTUNITIES FOR DIAGNOSTICS OF  
ROOTS AND PERIAPICAL TISSUES OF TEETH THAT NEED  
CORONAL RESTORATION**

Yevhenii Shitev, Stepan Boreiko.....137

**36.ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПАРОДОНТИТУ У ДІТЕЙ  
ВІКОМ ВІД 6 ДО 14 РОКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ  
РИЗИКУ(ГІНГІВІТ,ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ,ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ)  
У МЕШКАНЦІВ М. УЖГОРОДА**

Бажо О.В., Капустей Г.Ю., Кухарчук Л.В., Матківська І.О., Гелетей В.В.

**FEATURES OF PERIODONTITIS IN CHILDREN AGED 6 TO 14  
YEARS DEPENDING ON RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC  
TONSILITIS, DIABETES) IN RESIDENTS OF UZHGOROD CITY**

О. V. Bazho, Н. Yu. Kapustei, L.V.Kuharchuk, I. O. Matkivska,

V.V.Heletei.....140

**37.ВИЗНАЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ,  
ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА СПАДКОВОГО ФАКТОРУ В  
БЛИЗНЮКІВ ВІКОМ 12-15 РОКІВ**

Білинський О.Я., Добровольська М.К

**DEFINING THE INTERCONNECTION BETWEEN AND AMONG  
DENTAL INTENSITY, DENTAL HYGIENE AND HEREDITY IN  
TWINs AGED OF 12-15 YEARS**

О. Ya. Bilynskiy; M. K. Dobrovolska.....142

**38.ВЕРИФІКАЦІЯ ЛІТЕРАТУРНИХ І СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ЩОДО ГЕРМЕТИЗУВАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ДЕЯКИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ПЛОМБУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПРИ ПЕРФОРАЦІЯХ У ДІЛЯНКАХ ФУРКАЦІЇ КОРЕНІВ ЗУБА**

Василова О. І, Жабюк Т. М.

**VERIFICATION OF LITERATURE AND STATISTICAL DATA OF SEALING PROPERTIES OF SOME MATERIALS MEANT FOR ROOT CANAL FILLING IN CASE OF PERFORATION OF TOOTH ROOT FURCATION AREAS**

О.І. Vasylova, Т.М Zhabiuk.....144

**39.РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ЗА ДАНИМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ КЛІНІКИ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

Васильєва О.С.

**PREVALENCE OF DENTO-ALVEOLAR DEFORMATIONS IN PATIENTS AMONG PATIENTS OF DENTAL CLINIC OF O.O. BOHOMOLETS NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY**

О.С. Vasylieva.....146

**40.АНАЛІЗ ВПЛИВУ ВИСОКИХ ТЕМПЕРАТУР НА ЕМАЛЬ ТА ДЕНТИН ЗУБІВ В СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗАХ**

Гаврилешко К.І.

**ANALISIS OF INFLUENCE OF HIGH TEMPERATURES ON ENAMEL AND DENTIN OF TEETH IN FORENSIC EXPERTISE**

К.І. Havryleshko..... 148

**41.ДИТЯЧИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СЕРТИФІКАТ ЯК СПОСІБ ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СТОМАТОЛОГІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ ДИТИНИ**

Горзов В.В., Горзов С.С., Кривецький В.В.

**CHILD'S DENTAL CERTIFICATE AS THE WAY TO MONITOR THE DENTAL HEALTH OF CHILD IN DYNAMICS**

V.V. Horzov, S.S. Horzov, V.V. Kryvetskyi..... 151

**42.ВИКОРИСТАННЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ІНДИКАТОРІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ПІДЛІТКІВ м. УЖГОРОДА**

Горзов Л.Ф.

**APPLYING EUROPEAN INDICATORS OF DENTAL HEALTH IN ADOLESCENTS IN UZHGOROD**

L.F. Horzov.....154

**43.ВПЛИВ PH ШЛУНКУ ТА СЛИНИ НА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЕМАЛІ**

Думинець Л.І.

**EFFECT OF SALIVA AND GASTRIC PH ON THE RESISTANCE OF ENAMEL**

L.I.Dumynets.....156

**44.ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАСТИН «КП-ПЛАСТ АНТИМІКРОБНИЙ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

Катеринюк В.О., Хороб О.В.

**EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF USAGE OF «KP-PLAST-ANTIMICROBNIY» IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS**

V.O.Kateryniuk, O.V. Khorob.....157

**45.ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ПАРОДОНТОЗУ В ОСІБ ВІКОМ ВІД 26 ДО 32 РОКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ (ГІНГІВІТ, ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЯ) СЕРЕД МЕШКАНЦІВ УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ**

Ковач А.О., Негря А.В., Сливар Н.О., Фогел Е.В., Яник Д.В

**FEATURES OF SPREADING OF PARODONTOSIS IN PEOPLE AGED 26 TO 32 YEARS DEPENDING ON RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC TONSILLITIS, DIABETES, HEART DISEASE) AMONG RESIDENTS OF UZHGOROD DISTRICT**

A.O. Kovach, A.V. Negrya, N.O. Slivar, E.W.Fogel, D.V. Yanik.....160

**46.ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПАРОДОНТИТУ У ПІДЛІТКІВ 14 -18 РОКІВ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ (ГІНГІВІТ, ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ) У МЕШКАНЦІВ М. УЖГОРОДА**

Кучмаш Я.О, Попович Е.В., Парлаг В.В., Дем'ян А.М., Мальцева О.М.

**FEATURES OF PERIODONTITIS IN TEENAGERS AGED 14-18 YEARS DEPENDING ON RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC TONSILLITIS, DIABETES) IN UZHGOROD CITIZENS**

Ya.O. Kuchmash, Ye.V. Popovych, V.V. Parlag, A.M. Demian, O.M.

Maltseva.....162

**47.ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛКИ ІНТРАСЕПТАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Лайош Н.В.

**ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF INTRASEPTAL LOCAL ANESTHESIA IN DENTAL PRACTICE**

N.V. Laiosh.....164

**48.ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПАРОДОНТИТУ У ОСІБ ВІКОМ ВІД 18 ДО 24 РОКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ(ГІНГІВІТ,ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ,ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ) У МЕШКАНЦІВ М. УЖГОРОДА**

Майор І.І., Переста М.В., Сачук А.С., Чобей Д.І.

**FEATURES OF PERIODONTITIS IN PEOPLE AGED 18 TO 24 YEARS DEPENDING ON RISK FACTORS ( GINGIVITIS, CHRONIC TONSILITIS, DIABETES) IN RESIDENTS OF UZHGOROD CITY**

I.I. Maior, M.V. Peresta, A.S. Sachuk, D.I. Chobei.....166

**49.ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРИКУСУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ХАРАКТЕРУ ХАРЧУВАННЯ У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 6 ДО 12 РОКІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Мельник С.В., Спасюк І.Р.

**FEATURES OF FORMATION OF BITE DEPENDING ON THE NATURE NUTRITION IN CHILDREN AGED 6 TO 12 YEARS IN TRANSCARPATHIAN REGION**

S.V. Melnyk, I.R. Spasiuk.....168

**50.ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ФЛЮКТУОРИЗАЦІЇ**

Патерега Н.І.

**PECULIARITIES OF PATIENTS' REHABILITATION AFTER ATYPICAL REMOVAL OF THIRD MOLAR TEETH BY MEANS OF FLUCTUORIZATION**

N.I. Paterega.....171

**51. ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ МАСОВИХ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ  
СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Мочалов Ю.О., Розлуцька В.З.

**EXPERIENCE OF CONDUCTING LARGE-SCALE MEASURES FOR  
DENTAL DISEASE PREVENTION**

Yu.O. Mochalov, V.Z. Rozlutska.....173

**52. АКТИВНІСТЬ ФОСФАТАЗ У КРОВІ ХВОРИХ НА  
ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

Ільницька Олександра Мар'янівна, Катеринюк Віталій Олександрович,  
Хороб Оксана Василівна, Катеринюк Вероніка Юзефівна, Катеринюк  
Олександр Гаврилович

**ACTIVITY OF PHOSPHATASES IN BLOOD OF PATIENTS WITH  
GENERALIZED PERIODONTITIS**

Ilnytska Oleksandra Maryanivna, Katerynyuk Vitalii Oleksandrovych,  
Khorob Oksana Vasylivna, Katerynyuk Veronika Yuzefivna,  
Katerynyuk Oleksandr Havrylovych.....176

**53. КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДИКИ  
ПРОТЕЗУВАННЯ КОМБІНОВАНИМИ МОСТОПОДІБНИМИ  
КОНСТРУКЦІЯМИ З ІНТЕГРОВАНИМИ СИГНАЛЬНИМИ  
ПРИСТРОЯМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ОСІБ, ЧИЯ ДІЯЛЬНІСТЬ  
ПОВ'ЯЗАНА З РИЗИКОМ ДЛЯ ЖИТТЯ**

Стецик Андрій Орестович

**CLINICAL AND LABORATORY JUSTIFICATION OF  
METHODOLOGY OF MAKE PROSTHETIC APPLIANCES BY  
MEANS OF COMBINED BRIDGELIKE CONSTRUCTIONS WITH  
INTEGRATED SIGNAL DEVICES WHEN TREATING PERSONS  
WHOSE ACTIVITY IS RELATED TO RISK TO LIFE**

Stetsyk Andriy Orestovych.....177

**54. ОЦІНКА РЕГЕНЕРАЦІЇ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ  
З І БЕЗ ВИКОРИСТАННЯ БАГАТОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ  
PRF (PLATELET RICH FIBRIN)**

Боднар І.В.

**ASSESSMENT OF INTERNAL REGENERATION OF BONE DEFECTS  
WITH AND WITHOUT THE USE OF PLATELET RICH FIBRIN**

I.V. Bodnar .....179

**55. МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРИЮВАНЬ  
ПАРОДОНТА НА ФОНІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ  
ТРАВЛЕННЯ**

Гелей Н.І., Гелей В.М.

**METHODS OF THE TREATMENT OF INFLAMMATORY  
PERIODONTAL DISEASES ON THE BACKGROUND OF SOMATIC  
PATHOLOGY OF THE DIGESTIVE SYSTEM**

N.I. Heley, V.M. Heley.....181

**56. ІМУННІ МЕХАНІЗМИ НЕПЕРЕНОСИМОСТІ  
ПЛАСТМАСОВИХ ТА МЕТАЛЕВИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ**

Дзюба М. І.

**IMMUNE MECHANISMS OF INTOLERANCE OF PLASTIC AND  
METAL DENTURES**

M.I. Dziuba.....183

**57. ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗПОДІЛУ ЖУВАЛЬНИХ ТИСКІВ У  
ПАЦІЄНТІВ З БІОГЕЛЬНИМИ ПРОТЕЗАМИ ІЗ ЗАМКОВОЮ  
СИСТЕМОЮ ФІКСАЦІЇ**

Закурко С.В., Лисейко Н.В., Захарова Г.Є., Етніс Л.О., Ірійчук І.Д.

**ANALYSIS OF DIVISION OF CHEWING PRESSURES IN PATIENTS  
WITH ATTACHMENT-RETAINED REMOVABLE PARTIAL  
DENTURES**

S.V. Zakurko, N.V. Lyseyko, H.Ye. Zakharova, L.O. Etnis, I.D. Iriychuk...186

**58. ХАРАКТЕР ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОКЛЮЗІЙНОГО ВЕДЕННЯ У  
ОСІБ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП З РОБОЧОЮ НАПРАВЛЯЮЧОЮ  
ФУНКЦІЄЮ (РНФ)**

Коваль Є.А., Хадіян Єкта М., Парій В.В., Дядік І.Г., Пашкевич В.В.

**THE CHARACTER OF FUNCTIONAL OCCLUSION KEEPING IN  
PERSONS OF DIFFERENT AGE GROUPS WITH OPERATING  
DIRECTING FUNCTION**

E.A. Koval, M. Hadian Yekta, V.V. Parii, I.G.Dyadik, V.V. Pashkevich.....188

**59. ОЦІНЮВАННЯ ЗМІНИ ГЛИБИНИ ТА РАДІУСУ САГІТАЛЬНОЇ  
ОКЛЮЗІЙНОЇ КРИВОЇ ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ПРОРІЗУВАННЯ  
ЗУБІВ МУДРОСТІ**

Копичин Катерина, Філяк Юлія

**EVALUATION OF DEPTH AND RADIUS CHANGE OF SAGITTAL  
OCCLUSAL CURVE AFTER FULL ERUPTION OF WISDOM TEETH**

К. Копычын, Ю. Філяк ..... 190

**60.ВПЛИВ МЕТОДІВ АБРАЗИВНОЇ ОБРОБКИ НА ОСОБЛИВОСТІ РЕЛЬЄФУ МЕТАЛО-КЕРАМІЧНОЇ ПОВЕРХНІ ВЗІРЦІВ**

Крулик В.В., Локота Ю.С.

**INFLUENCE OF ABRASIVE PROCESSION METHODS ON THE PECULIARITIES OF METAL-CERAMIC SAMPLES SURFACE RELIEF**

V.V. Krulyk, Lokota Yu.Ye ..... 192

**61.ЗМІНИ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ У ТКАНИНАХ ПАРАДОНТУ ЩУРІВ НА ТЛІ ДІЇ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ**

Лаврін О.Я., Гецько Н.В.

**CHANGES OF FREE RADICAL OXIDATION IN PERIODONTAL TISSUES OF RATS AGAINST THE BACKGROUND OF TOBACCO SMOKE**

O.Ya. Lavrin, N.V. Hetsko..... 195

**62.МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОАНАЛГЕЗІЇ ТА ПРЕПАРАТУ „МІЛЬГАММА” ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОДОНТОГЕННУ НЕВРАЛГІЮ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА**

Лялька Мар'яна, Назаревич М.Р.

**FEATURES OF APPLYING THE METHOD OF TRANSCRANIAL ELECTROANALGESIA AND «MILHAMMA» IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ODONTOGENIC TRIGEMINAL NEURALGIA**

M. Lalka, M.R. Nazarevuch ..... 198

**63.ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ЕКЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА СТАН ЗУБІВ ТА ТКАНИНИ ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З ПРОЯВАМИ БРУКСИЗМУ**

Марушинець Я.Я.

**STUDYING THE INFLUENCE OF EXOGENOUS FACTORS ON TEETH AND PARODONT IN PATIENTS WITH BRUXISM**

Ya.Ya. Marushynets ..... 200

**64.ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОКЛЮЗІЙНО – М'ЯЗЕВИХ КОМПОНЕНТІВ СТОМАТОГНАТИЧНОЇ СИСТЕМИ**

Медвінська Н.І., Куц П. В.

**EXPERIMENTAL STUDY OF OCCLUSAL-MUSCULAR COMPONENTS OF STOMATOGNATHIC SYSTEM**

N.I. Medvinska, P.V. Kuts.....203

**65.АКТУАЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У РОЗШУКУ ЗНИКЛИХ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.**

Мелкумян Т.С.

**THE RELEVANCE OF THE USE OF DENTAL TECHNOLOGIES IN THE SEARCH FOR MISSING CHILDREN AND ADOLESCENTS**

T.C. Melkumian.....206

**66.ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АТТАЧМЕНІВ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСТАЛЬНИХ НЕОБМЕЖЕНИХ ДЕФЕКТІВ**

Мойса К. О.

**COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF ATTACHMENT DENTURES IN THE TREATMENT OF DISTAL UNLIMITED DEFECTS**

K.O. Moisa.....207

**67.КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЧНИМИ СТАНАМИ ЗУМОВЛЕНИХ, КОРИСТУВАННЯМ МЕТАЛОВМІСНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ.**

Парій В.В., Лось В.В., Гуца Д.К., Коваль Є.А., Пашкевич В.В., Дядік І.Г.

**CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH PATHOLOGICAL CONDITIONS RESULTED FROM USING METAL DENTURES**

V.V. Parii, D.K. Gushcha, V.V. Los, I.A.Koval, V.V.Pashkevich, I.H.

Dyadik.....209

**68.РІВЕНЬ САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНИХ ЗНАТЬ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ**

Рибак О. П., Лешук С.Є, Стадник У.О

**THE LEVEL OF HYGIENE KNOWLEDGE IN CHILDREN WITH ASTHMA**

O.P. Rybak, S.Ye. Leshchuk, U.O.Stadnyk .....211

**69.СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ТКАНИН ПАРОДОНТА У ХВОРИХ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ**

**ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНІ УРАЖЕННЯ МІЖХРЕБЦЕВИХ  
ДИСКІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ**

Тепла Т. О.

**STATE OF PERIODONTAL TISSUE MICROVASCULATURE IN  
PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS AGAINST THE  
BACKGROUND OF CERVICAL INTERVERTEBRAL DISKS LESION**

T.O. Tepla.....213

**70.ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ НА РІВЕНЬ  
ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА СТАНУ ТКАНИН  
ПАРОДОНТУ У СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО  
ФАКУЛЬТЕТУ, ЗАЛЕЖНІСТЬ ЦИХ ЗМІН ВІД ТИПУ  
РЕАГУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ**

У.І. Брецько

**EFFECT OF EMOTIONAL STRESS ON THE LEVEL OF ORAL  
HYGIENE AND THE STATE OF PERIODONTAL TISSUES OF  
DENTAL FACULTY'S STUDENTS, THE DEPENDENCE OF THESE  
CHANGES ON TYPE OF PERSONLITY'S RESPONSE**

U.I. Bretsko.....215

**71.ЗМІНИ МОТОРИКИ ЯЗИКА У ПАЦІЄНТІВ З  
НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ФОНІ  
ОКЛЮЗІЙНИХ ПОРУШЕНЬ**

Циганок О. В., Штефан А.В., Новіков В. М.

**MALOCCLUSION-RELATED TONGUE MOVEMENT DISORDERS IN  
PATIENTS WITH NEUROLOGICAL IMPAIRMENTS**

O.V. Tsyhanok, A.V. Shtefan, V.M. Novikov.....218

**72.НЕДОЛІКИ СТАТИЧНИХ МЕТОДІВ У ВИЗНАЧЕННІ  
ЖУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ**

Цоцько Ю.В.

**DISADVANTAGES OF STATIC METHODS IN DETERMINING THE  
CHEWING EFFICIENCY**

Yu.V. Tsotsko.....220

**73.ОГЛЯД ДИМЕНЦІЙ, ЯК НАЯВНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ,  
ЯКІ ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ В СТОМАТОЛОГІЇ**

Швець І.С.

**REVIEW OF DEMENTIAS AS EXISTING PATHOLOGICAL  
CONDITIONS THAT OCCUR IN DENTISTRY**

I.S. Shvets.....222

**74.ВПЛИВ РЕТИНОЛ АЦЕТАТУ НА ЗАГОСННЯ РАН НА ФОНІ ГИПОТИРЕОЗУ (ТВАРИННИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ)**

Штибель Д. В., Штибель Н. В.

**THE EFFECT OF RETINOL ACETATE ON WOUND HEALING IN STATE OF HYPOTHYROIDISM (ANIMAL EXPERIMENT)**

D.V. Shtybel, N.V. Shtybel.....225

**75.УДАРНО-ХВИЛЬОВА ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ОПТИМІЗАЦІЇ ЗАГОСННЯ ПОРОЖНИННИХ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ (ТВАРИННИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ)**

Штибель Н. В., Штибель Д. В.

**THE SHOCK WAVE TREATMENT AS A METHOD OF OPTIMISATION OF HOLEY BONE DEFECT HEALING AT THE MANDIBLE (ANIMAL EXPERIMENT)**

N.V. Shtybel, D.V. Shtybel.....227

**76.ВМІСТ МАГНІЮ В РОТОВІЙ РІДИНІ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ**

Авдусенко М.В.

**THE CONTENT OF MAGNESIUM IN THE ORAL LIQUID IN CHILDREN WITH DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE**

M.V. Avdusenko.....229

**77.БАЗОВІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЕСТЕТИЧНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ У ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ**

Безрукавий С.В., Єгоров М.Д.

**BASIC CRITERIA FOR ASSESSING THE QUALITY OF ORTHOPEDIC ESTHETIC RESTORATIONS IN THE FRONTAL AREA**

S.V. Bezrukaviyi, M.D. Ehorov.....230

**78.КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБУ ТА ПАРОДОНТУ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

Вовчанська С. В.

**CLINICAL CHARACTERISTIC OF STATE OF TOOTH HARD TISSUES AND PERIODONTAL TISSUES IN ONCOLOGICAL PATIENTS**

S.V. Vovchanska.....233

<b>79.ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНОМУ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОМУ СТАЦІОНАРІ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ СТОМАТ ПОЛІКЛІНІКИ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b> Горват В.М. <b>ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN MODERN HOSPITAL MAXILLOFACIAL UNIVERSITY DENTAL CLINIC IN THE TRANSCARPATHIAN REGION</b> V.M. Gorvat.....	235
<b>80.ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ</b> Дворакевич Я. А. <b>GENDER FEATURES OF DENTAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES</b> Ya.A. Dvorakevych.....	237
<b>81.ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ НА ПРОЦЕСИ ЗАГОЄННЯ РАН ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ В ПОРОЖНИНИ РОТА</b> Домише М.Ю <b>THE EFFECTIVENESS OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION ON WOUND HEALING PROCESS AFTER SURGERY IN THE MOUTH</b> M.Yu. Domyshche.....	239
<b>82.ХІМІЧНИЙ СКЛАД ПОВЕРХНЕВОЇ ЕМАЛІ ЗУБІВ З КЛИНОПОДІБНИМ ДЕФЕКТОМ</b> Заболотна І.І., Гензицька О.С. <b>CHEMICAL COMPOSITION OF SURFACE ENAMEL OF TEETH WITH WEDGE-SHAPED DEFECTS</b> I.I. Zabolotna, O.S. Henzytska .....	242
<b>83.АНАЛІЗ МЕТОДИК ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД СУЦІЛЬНО КЕРАМІЧНІ КОРОНКИ. ФІЛОСОФІЯ ССQ(С-COMFORT,С-CONTROL,Q-QUALITY)</b> Завадка М. А. <b>ANALYSIS OF METHODS OF TEETH PREPARATION FOR CERAMIC CROWNS. PHILOSOPHY ССQ (C-COMFORT,C-CONTROL,Q-QUALITY)</b>	

М.А. Zavadka .....244

**84.АНАЛІЗ ШЛЯХІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕЕФЕКТИВНОГО  
МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ -  
СТОМАТОЛОГА**

Йовбак С. В.

**ANALYSIS OF METHODS OF PREVENTING THE INEFFECTIVE  
LOCAL ANESTHESIA**

S.V. Jovbak.....246

**85.ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПАТОЛОГІЇ ТКАНИН  
ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Колосова К. Ю.

**EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF THE PATHOLOGY OF  
PERIODONTAL TISSUE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS**

K.Yu. Kolosova.....247

**86.ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ  
ЗНІМНИМИ МОСТОПОДІБНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

Комлев А.А., Юрін С.Є.

**IMPROVING EFFICIENCY OF REMOVABLE PROSTHESIS  
PROSTHETIC APPLIANCES**

A.A. Komlev, S.E. Yurin.....250

**87.МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ РЕАКЦІЙ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НА  
ПРОМЕНЕВУ ТЕРАПІЮ У ХВОРИХ ПІСЛЯ СПЕЦИФІЧНОГО  
ЛІКУВАННЯ НОВОУТВОРІВ В ДІЛЯНЦІ ГОЛОВИ І ШИЇ**

Кравченко Л.С., Романов Г.О.

**LOCAL TREATMENT OF REACTION OF MUCOSA TO  
RADIOTHERAPY IN PATIENTS AFTER SPECIFIC TREATMENT OF  
TUMORS IN THE HEAD AND NECK**

L.S. Kravchenko, H.O. Romanov.....252

**88.ОСОБЛИВОСТІ БІОМЕХАНІЧНОГО ВЗАЄМОДІЇ  
ПАРОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ ТА ОПОРНИХ ЗУБІВ ПРИ  
ПРОТЕЗУВАННІ ЧАСТКОВИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

Малюченко О. М.

**PECULIARITIES OF BIOMECHANICAL INTERACTION OF  
PARODONTAL COMPLEX AND ABUTMENT TEETH IN CASE OF  
PARTIALLY REMOVABLE DENTURES**

О.М. Maliuchenko.....	253
<b>89.КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ РЕТЕНОВАНИХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ</b>	
Мар'ян В. Ю.	
<b>THE CLINICAL ASPECTS OF IMPACTED THIRD MOLARS EXTRACTION</b>	
V. Yu. Maryan.....	255
<b>90.АНАЛІЗ АДЕКВАТНОСТІ ПРЕМЕДИКАЦІЇ У ДІТЕЙ ВІД 3 ДО 10 РОКІВ ЗА ПОКАЗНИКАМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ</b>	
Махньова А. В.	
<b>ANALYSIS OF PREMEDICATION EXPERIENCE IN 3-5-YEARS CHILDREN BY BLOOD PRESSURE RATE</b>	
A. V. Mahnyova.....	257
<b>91.КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ЕТАПИ ВИГОТОВЛЕННЯ ОРТОПЕДИЧНИХ СИГНАЛЬНИХ КОНСТРУКЦІЙ ДЛЯ ОСІБ, ЧИЯ ДІЯЛЬНІСТЬ ПОВ'ЯЗАНА З РИЗИКОМ ДЛЯ ЖИТТЯ</b>	
Нагірний Д.А., Костенко О.Є.	
<b>CLINICAL AND LABORATORY STAGE OF MANUFACTURING ORTHOPEDIC SIGNAL STRUCTURES FOR PERSONS WHOSE ACTIVITIES ARE CONNECTED WITH RISK TO LIFE</b>	
D.A. Nahirnyi, O.Ye. Kostenko.....	259
<b>92.ПРИСТРІЙ ДЛЯ МАКРОФОТОГРАФУВАННЯ ЗУБІВ, ПРЕПАРОВАНИХ ПІД ПОВНУ КОРОНКУ</b>	
Пашек-Садоха Р.А.	
<b>DEVICE FOR MICROPHOTOGRAPHY OF TEETH PREPARED FOR A FULL CROWN</b>	
R.A. Pashek-Sadokha.....	260
<b>93.УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ КОРЕНЕВОЇ ЧАСТИНИ ДЕНТИНУ ПРИ ПІДГОТОВКИ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ ПІД ШТИФТОВІ КОНСТРУКЦІЇ</b>	
Радько В.І., Пальчиков А.В., Чорненький І. М.	
<b>ULTRASTRUCTURAL CHANGES OF THE ROOT OF THE DENTIN WHEN PREPARING ROOT CANAL DENTAL POST</b>	
V.I. Radko, A.V. Palchykov, I.M. Chornenkyi.....	263

<b>94.ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗБІЖНОСТІ СЕРЕДИННИХ ЛІНІЙ ОБЛИЧЧЯ ТА ЗУБНОГО РЯДУ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА ФОТОГРАФІЯМИ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ</b> Романко Анна-Марія, Дидин Лідія <b>EVALUATION OF FACIAL AND DENTAL MIDLINES DISCREPANCIES BY YOUNG PEOPLE’S PHOTOGRAPHS</b> Anna-Maria Romanko, Lidia Dydyn.....	265
<b>95.ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН В ПОРОЖНИНІ РОТА ПІСЛЯ ПРОТЕЗУВАННЯ ЧАСТКОВИМИ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ</b> Ясінський М. М. <b>STUDYING CHANGES IN THE MOUTH CAVITY AFTER PLACING REMOVABLE PARTIAL DENTURES</b> M.M. Yasinskyi.....	267
<b>96. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ МІНІМАЛІЗАЦІЇ ПОЛІМЕРИЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ У ПОРОЖНИНАХ З ВИСОКИМ ПОКАЗНИКОМ С-ФАКТОРУ ЗА ДОПОМОГОЮ МАТЕРІАЛУ SDR</b> Крічфалушій Сергій Іванович <b>THEORETICAL JUSTIFICATION OF MINIMIZATION OF POLYMERIZATION STRESS IN CAVITIES WITH HIGH C-FACTOR WITH THE HELP OF SDR MATERIAL</b> S. I. Krichfalushiy .....	269
<b>97.THE USE OF IMPLANTS WITH HYDROXYAPATITE-COATED IN DENTISTRY</b> Abbas A.H. Alebady.....	272
<b>98.PRACTICAL ARGUMENTATION FOR USAGE OF NON- REMOVABLE PROSTHETIC METAL-CERAMIC CONSTRUCTIONS FOR TREATMENT OF DIASTEMA AND DIERESIS</b> Michelle Cardozo.....	273
<b>99.APPROPRIATENESS OF ADHESIVE PROSTHETIC APPLIANCES IN SUBSTITUTION OF DENTITION DEFECTS OF DIFFERENT CLASSES</b> Saif Ali Alsaadi.....	274

<b>100.RESULTS OF MEDICAL DIFFERENTIAL PATIENT CARE AFTER RECENT DENTAL IMPLANTATION OPERATION</b> Y.Y. Yarov.....	276
<b>101.ОСОБЛИВОСТІ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН В ТКАНИНАХ ЯЗИКА ПРИ ДЕСКВАМАТИВНОМУ ГЛОСИТИ</b> Боднарчук І. В, Герасимюк І. Є. <b>FEATURES OF MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL CHANGES IN THE TISSUES OF THE TONGUE WITH DESQUAMATIVE GLOSSITIS</b> I.V. Bodnarchuk, I.Ye. Herasymiuk .....	279
<b>102.ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЯХ З ВИКОРИСТАННЯМ МАТЕРІАЛУ «BEAUTIFUL»</b> Бойчук М.М. <b>ASSESSING THE EFFICIENCY OF REMINERALIZATION THERAPY IN CASE OF DIRECT RESTORATIONS WITH THE HELP OF “BEAUTIFUL” MATERIAL</b> M.M. Boychuk.....	280
<b>103.АНАЛІЗ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕРМОФОТОМЕТРІЇ</b> Дячук К.Г. <b>ANALYSIS OF PERIODONTAL POCKETS USING THERMOPHOTOMETRY</b> K.H. Dyachuk.....	283
<b>104.ВДОСКОНАЛЕНИЙ МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ АПРОКСИМАЛЬНИХ КОНТАКТНИХ ПУНКТИВ ПРИ ПРЯМІЙ РЕСТАВРАЦІЇ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З ВИКОРИСТАННЯМ МАТЕРІАЛІВ «SHOFU»</b> Колбаско Л.В. <b>IMPROVED METHODOLOGY OF RECOVERING CONTACT POINTS FOR DIRECT RESTORATION OF FRONTAL TEETH OF THE LOWER JAW WITH THE USE OF “SHOFU” MATERIAL</b> L.V. Kolbasko.....	286

**105.СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ СТУДЕНТІВ  
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ В УМОВАХ  
ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ**

Кузьо Н.В

**THE STATE OF DENTAL HARD TISSUES OF STUDENTS IN TERMS  
OF EMOTIONAL STRESS**

N.V. Kuzo.....288

**106.ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДУ ВИГОТОВЛЕННЯ КУКСО-  
КОРЕНЕВОЇ ВКЛАДКИ З ФАЛЬЦЕМ ТА УСТУПОМ**

Локота М.Е., Шекітка М.П., Ухатюк А. С., Вовчок Р. В., Маляр А.В.

**IMPROVING MANUFACTURING METHOD OF STUMP-ROOT TABS  
WITH FOLDED AND SCAPS**

M.E. Lokota, M.P. Shykitka, A.S. Uhatyuk, R.V. Vovchok, A.V. Malyar....289

**107.АКТИВНІСТЬ ФЕРМЕНТІВ ДЕТОКСИКАЦІЇ  
КСЕНОБІОТИКІВ В ОРГАНІЗМІ ДІТЕЙ ЗІ  
СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Лучинський В.М., Лучинська Ю.І., Болюк Ю.В.

**THE ACTIVITY OF XENOBIOTICS DETOXIFICATION ENZYMES  
IN CHILDREN WITH DENTAL DISEASES**

V.M. Luchynskiy, Y.I. Luchynska, Y.V. Boliuk .....291

**108.УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО  
КОМПЛЕКСУХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ТА  
ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ  
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ II–III СТУПЕНЯ  
ТЯЖКОСТІ**

М. Л. Шемелько

**IMPROVING HEALTH CARE COMPLEX SURGICAL TREATMENT  
AND PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN  
GENERALIZED PERIODONTITIS OF II-III DEGREE OF SEVERITY**

M.L. Shemelko.....293

**109.ЗАСТОСУВАННЯ НАНОКОМПЗИТНОГО МАТЕРІАЛУ ПРИ  
МІСЦЕВІЙ ГІПОПЛАЗІЇ ЕМАЛІ**

Мікулінська-Рудіч Ю. М., Мись В. О.

**APPLICATION OF NANOCOMPOSITE MATERIAL FOR LOCAL  
ENAMEL HYPOPLASIA**

Yu.M. Mikulinska-Rudich, V.O. Mys.....298

**110.МЕТОДИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЛЯ  
ДОСЯГНЕННЯ КРАЩОГО РЕЗУЛЬТАТУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ  
УДОСКОНАЛЕНОЇ ЛОЖКИ**

Палійчук І.В.,Локота Ю.Є.,Палійчук В.І.,Локота М.Є.,Палійчук М.І.

**METHODS TO IMPROVE EFFICIENCY TO ACHIEVE BETTER  
RESULTS WHEN USING SMPROVED**

I.V. Paliychuk, Yu.Ye. Lokota, V.I. Paliychuk, M.E. Lokota, M.I.

Paliychuk.....301

**111.АНАЛІЗ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ  
ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ОДОНТОГЕННИМИ ФЛЕГМОНАМИ  
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛІКЛІНІЧНОМУ РІВНІ**

С.Ю. Петрецька

**ANALYSIS OF THE QUALITY OF DIAGNOSIS AND MEDICAL  
CARE PROVIDED TO PATIENTS WITH ODONTOGENIC (DENTAL)  
PHLEGMON OF MAXILLOFACIAL AREA  
ON AN OUTPATIENT BASIS**

S.Yu. Petretska.....303

**112.ПАРАДИГМА ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ  
СТОМАТОЛОГІЧНИХ УСТАНОВ НА ЗАСАДАХ ДЕРЖАВНО-  
ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА**

Савчук О.В.

**PARADIGM OF OPTIMIZATION OF PUBLIC DENTAL  
INSTITUTIONS IN THE PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP**

O.V. Savchuk.....306

**113.ВПЛИВ ГІПОКІНЕЗІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ЩУРІВ НА  
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕРІОДОНТАЛЬНОЇ  
ЗВ'ЯЗКИ ЇХ ПОТОМСТВА**

Слинько Ю.О.

**INFLUENCE OF HYPOKINESIA OF MORPHOFUNCTIONAL STATE  
ON PERIODONTAL LIGAMENT OF PREGNANT RATS POSTERITY**

Yu.O. Slynko.....308

**114.СТРУКТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ  
ЛОКАЛІЗОВАНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН  
ПАРОДОНТА В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

Холодняк О. В.

**THE STRUCTURE AND THE CLINICAL PROCESS OF LOCAL INFLAMMATORY DISEASES OF PERIODONTAL TISSUES IN YOUNG PEOPLE**

O.V. Kholodnyak.....310

**115.ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЕМ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ ТА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ**

Хтей М., Суховолець І.

**INTERRELATION BETWEEN THE LEVEL OF DENTAL AWARENESS AND ORAL CAVITY HEALTH LEVEL**

M. Khtei, I. Sukhovolets.....314

**116.АЛЬТЕРНАТИВА ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ. АКТУАЛЬНІСТЬ ГЕМІСЕКЦІЇ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**

Цифра Л.В

**THE ALTERNATIVE OF DENTAL IMPLANTATION. HEMISECTION RELEVANCE IN PROSTHODONTICS**

L.V. Tsyfra.....316

**117.АНАЛІЗ ВИБОРУ КОНСТРУКЦІЇ НЕЗНІМНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ ВКЛЮЧЕНИХ ДЕФЕКТІВ В БОКОВИХ ДІЛЯНКАХ**

Ю.Ю.Гецко

**ANALYZING THE CHOICE OF DESIGN OF FIXED ORTHOPEDIC CONSTRUCTIONS OF INCLUDED DEFECTS IN THE SIDE AREAS**

Yu. Yu. Hetsko.....318

# МОНІТОРИНГ ПОШИРЕНОСТІ ТА ВИДІВ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ м. УЖГОРОД

Ізай М.Е., Зомбор К.В.

Науковий керівник - к.мед.наук – Мельник В.С.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород

## MONITORING OF PREVALENCE AND TYPES OF DENTOFACIAL ANOMALIES IN CHILDREN IN UZHGOROD

M. Ye. Izai, K. V. Zombor

Scientific leader: V.S. Melnyk, Candidate of Medical Sciences

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod

**Актуальність теми.** Незважаючи на те, що питанням профілактики стоматологічних захворювань приділяється велика увага, поширеність зубощелепних аномалій є одними з найпоширеніших захворювань дитячого віку, займають одне з перших місць за поширеністю серед основних стоматологічних захворювань і мають тенденцію до збільшення. Згідно епідеміологічних досліджень останніх років, більше 75 - 80% населення України мають зубощелепні аномалії, що перевищує середні дані ВООЗ, у відповідності з якими поширеність патології досягає 68%. В нинішніх умовах, здоров'я дітей піддається впливу комплексу соціальних, економічних та екологічних факторів. Аналіз стоматологічної захворюваності, у тому числі поширеності зубощелепних аномалій, проводився в 2011 році співробітниками кафедри дитячої стоматології УжНУ з залученням студентів старших курсів. Були визначені дані за поширеністю ЗЩА в м.Ужгороді, виявлені вікові і статеві відмінності, визначена структура зубощелепних аномалій. У зв'язку з цим є актуальним проведення порівняльного дослідження динаміки епідеміології зубощелепних аномалій в наступні 5 років, що і стало метою дослідження.

**Мета дослідження.** Провести моніторинг поширеності та видів зубощелепних аномалій у підлітків, які проживають у м.Ужгород.

**Матеріали та методи дослідження.** Для реалізації мети в 2015 році було проведено обстеження 248 дітей і підлітків (129 дівчаток і 119 хлопчиків) 12 і 15 років в м.Ужгорода. Стоматологічний статус дітей визначали за індексами і критеріями ВООЗ, дані реєстрували в модифікованій карті обстеження. Результати обробляли за допомогою методів варіаційної статистики. Для проведення моніторингу сучасні дані

порівнювали з результатами епідеміологічного обстеження 2011 року. Відмінності оцінювалися за допомогою t-критерію Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На підставі епідеміологічного обстеження 248 дітей і підлітків 12 і 15 років в м.Ужгороді були отримані дані про поширеність, структурі зубощелепних аномалій, порушень функцій, аномалій м'яких тканин. Дані моніторингу по поширеності та види зубощелепних аномалій представлені в табл. 1.

Табл.1.

Моніторинг поширеності та видів зубощелепних аномалій у дітей м.Ужгорода

Рік	2011				2015			
	12 років (n-128)		15 років (n-131)		12 років (n-121)		15 років (n-127)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Зубощелепні аномалії	80	62,5	94	71,7	79	65,1	96	75,4
Аномалії окремих зубів	16	20,3	19	20,6	18	20,9	21	21,2
Аномалії -скупчення зубів	47	58,4	62	65,7	51	59,1	65	68,3
-аномалії форми зубних рядів	62	77,2	81	86,4	60	71,2	81	84,7
Аномалії прикусу	35	43,8	48	51,1	38	45,2	51	54,2
Сагітальні								
- дистальний	35	44,1	63	67,1	38	45,4	61	
- медіальний	2	2,4	3	3,4	4	3,9	5	68,1
Вертикальні								4,2
-глибокий	9		21	22,4	10	12,4	23	
- відкритий	4	11,5	4	4,1	5	6,1	5	
Трансверзальні	10	4,9	7	7,2	12	14,3	9	24,6
		12,1						6,3
								9,7
Без ЩЛІА	48	37,5	37	28,3	42	34,9	31	24,6

**Висновки.** Таким чином, проведені нами дослідження вказують на високу поширеність зубощелепних аномалій у обстежених дітей міста Ужгорода, а, отже, і вагому потребу в ортодонтичному лікуванні та профілактиці зубощелепних аномалій. Визначення потреби в ортодонтичному лікуванні за допомогою епідеміологічних досліджень необхідне для розробки та вибору новітніх способів профілактики і методів лікування ЗЩА у дітей, правильному розрахунку штату лікарів-ортодонтів.

**Summary:** The monitoring study of dentofacial anomalies in children of Uzhhorod and comparative analysis were carried out. 248 adolescents (129 girls and 119 boys) aged 12 and 15 years were examined. The high prevalence of dentofacial anomalies in all age groups and considerable disease increase were revealed for the last 5 years. The need to strengthen the natural preventative measures and the necessity of locally-competent programs for dentofacial anomalies prevention in children are substantiated.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКА САУЦЕРИЗАЦІЇ НАВКОЛО ІМПЛАНТАТІВ РІЗНОГО ДІАМЕТРУ

Русин В.В.

Кафедра стоматології післядипломної освіти, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

## EVALUATION OF SAUCERIZATION PARAMETER AROUND DENTAL IMPLANTS OF VARIOUS DIAMETERS

V. V. Rusyn

Department of Postgraduate Dental Education, Faculty of Dentistry, Uzhhorod  
National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Явище сауцеризації представляє собою морфологічний та функціональний механізм адаптації периімплантатних тканин, розвиток якого пов'язаний із ремодельованням кістки під впливом активно діючих факторів біологічної перебудови та відновлення відповідного епітеліального прикріплення (Consolaro A., 2010; Toniollo M.

В., 2012). Реалізація феномену сауцеризації відбувається за участі епітеліального фактору росту, що має значний вплив на формування контуру кістки при безпосередньому її контакті із інтраосальною субструктурою (Hanaoka M., 2013; Passoni V. B., 2014). Рентгенологічно ділянка сауцеризації візуалізується у формі чашоподібного заглиблення, що має циркулярну поширеність та геометричні параметри якого не перевищують критеріїв сформульованих James-Misch (Misch C. E., 2008). В умовах фізіологічних змін прогресування даного процесу не залежить від супутніх параметрів дизайну імплантату, і по своїй суті носить адаптаційний характер, однак в умовах патологічного розвитку – вони набувають ятрогенної природи, і залежать як від конструкційних особливостей імплантатів, так і від супутніх факторів та умов хірургічного та ортопедичного етапів лікування (Chugh A., 2014).

**Мета дослідження.** Проаналізувати рівень сауцеризації навколо ендосальних імплантатів різних діаметрів на основі графічного аналізу прицільних рентгенограм, ортопантограм та комп'ютерних томограм.

**Матеріали та методи дослідження.** Графічну обробку ортопантомографічних зображень з фрагментацією окремих ділянок та прицільних рентгенограм проводили з використанням растрового графічного редактора GIMP 2. Зміни рівня кісткової тканини визначали з використанням техніки паралельного променя та реперної лінії, відносно якої порівнювали зареєстровані зміни рівня кісткової тканини. Дослідження впливу діаметру імплантів на критерій втрати маргінальної кістки на планіметричних зображеннях проводили згідно рекомендацій Montaser R. (2011) з використанням графічного програмного забезпечення Scion Image, Scion Corp., що передбачала визначення рівня періімплантатних твердих тканин від вершини імплантата (апикальної частини гвинта) до точки першого контакту імплантата з кісткою. Вимірювання проводиться з дистальної та медіальної сторін у міліметрах з повторенням процедури тричі та подальшою статистичною обробкою результатів за допомогою ANOVA (InStat Graph Pad Software). Аналогічний алгоритм верифікації змін рівня кісткової тканини був адаптований до можливостей КТ-зображень, і передбачав візуальний аналіз стану кісткової тканини щелеп у проекціях аксіальних зрізів та трьохвимірних реформатів з використанням додаткових модулів процесингу просторових реконструкцій.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході комплексного аналізу показника сауцеризації навколо імплантатів типу Bone Level різних діаметрів було встановлено, що його середня статистична величина у діапазоні 15 відносно однорідних об'єктів дослідження кожної

групи (всього 45 об'єктів) через 1 рік після установки ендосальної конструкції діаметром 3,7 мм сягає  $1,02(\pm 0,03)$  мм, 4,1 мм –  $1,09(\pm 0,02)$  мм, 4,7 мм –  $1,14(\pm 0,04)$  мм. Дані з аналогічною репрезентацією показника саucerизації були отримані в ході досліджень E. Mumcu (2011) та M. Qutub (2011). Проте в результаті статистичної обробки отриманих показників було виявлено, що квантифікаційні співвідношення не є статистично значимими, що дозволяє прийти до висновку, що на рівень саucerизації вплив діаметру імплантату має лише фрагментований некореляційний характер, а втрата рівня кісткової тканини, очевидно, детермінується впливом супутніх стресових факторів, індивідуальними особливостями кісткової тканини, протоколами та умовами проведення хірургічного втручання та послідуочого протетичного навантаження.

Адаптація методики визначення показника саucerизації на основі КТ-реформатів дозволила зменшити величини середньостатистичної похибки вимірювань на 0,02 мм, але оптимізації подібного графічного підходу аналізу змін рівня кісткової тканини потребує розробки специфічних математичних алгоритмів обрахунку з виведенням статистично достовірних усереднених значень із достатньої кількості вимірювань та врахування первинної об'ємної природи саucerизації, як пристосувального адаптаційного явища резидуального кісткового гребня (Kaminaka A., 2015).

**Висновки.** Адекватний рівень періімплантатної кісткової тканини є не тільки одним з факторів, що визначає успішність імплантації, а й таким, який відіграє критичну роль у формуванні відповідного профілю м'яких тканин, визначаючи таким чином складову естетичного критерію ефективності імплантологічного втручання. До надмірної редукції рівня маргінальної кістки призводять функціональне перенавантаження імплантата, нерівномірний розподіл діючих напруг та стресових факторів, особливості інтерфейсу з'єднання імплантат-абатмент, особливості дизайну шийки, ятрогенна травма кісткової тканини, дія провокуючих бактеріальних агентів, діаметр інтраосальної конструкції (Çehrelı M. S. et al., 2009). Вибір діаметру імплантату залежить від супутніх клінічних умов, просторових компенсаційних характеристик дефекту зубного ряду, фізичних та геометричних параметрів кісткової тканини, однак повинен враховувати можливий прогноз виникнення та прогресування явища саucerизації, параметри якого можуть бути зареєстровані шляхом аналізу результатів планіметричних та об'ємних рентгенологічних досліджень.

**Summary:** The saucerization as a physiological adaptive process develops regardless the parameters of an implant design, but due to the pathological progression of the process it may be influenced by the nature of

the iatrogenic amendments and structural characteristics of the implants, such as a diameter. The adaptation of evaluation methods for saucerization record on the base of the computed tomography diagnostics has reduced the value of the average measurement error up to about 0.02 mm. However, the further optimization of such approach requires the implementation of specific mathematical approach for the calculation of statistically significant average results with a sufficient number of measurements.

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ  
СКУПЧЕНОСТІ ЗУБІВ У ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ  
СУЦІЛЬНОКЕРАМІЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ

Бокоч А.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

THE CHOICE OF OPTIMAL PROSTHETIC TREATMENT OF FRONTAL  
TOOTH CROWDING WITH CERAMIC CROWNS

A.V. Bokoch

Scientific leader: Ye.Ya. Kostenko, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National  
University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Верифікація поширеності скученості зубів серед дорослого населення досі залишається відкритим питанням сучасної епідеміології: на думку вчених частота виникнення випадків патології може коливатись від 5,5-47,9% (Willems G., 2001) до майже 88,7% (Borg G., Korber V., 2003, Куроедова В.Д., Макарова А.Н., 2012). Встановлено, що впродовж останніх шести років частота діагностування скученості зубів зросла в 2 рази: змінний прикус – 33,54%, постійний прикус – 68,67%, при цьому із віком у категорії дорослих осіб частіше зростає частота виникнення саме скученості фронтальної групи зубів (Дмитренко М.І., 2011). Згідно рішення консенсусної конференції Американської асоціації ортодонтів проблема визначення поширеності краудингу пов'язана з можливістю виникнення патології на

індивідуальних основах з можливістю ризику її розвитку із супутніх зубо-щелепових аномалій, та неможливістю реєстрації змін оклюзії у епідеміологічно значимих кількостях населення, відтак діагностика скупченості зубів можлива лише у групи пацієнтів, що звернулась за стоматологічною допомогою. Теорії розвитку аномалії були сформовані Bjork, Vaden, Proffit, Linder-Aronson, Alling, Vetzal, Harradine, Richardson, Ades, та є взаємодоповнюючими у розгляді патогенезу скупченості у пацієнтів різних вікових категорій (Hafez H. S., 2012). Залежно від ступеню важкості патології та результатів комплексного стоматологічного обстеження для лікування скупченості зубів можуть бути застосовані різні клінічні підходи: пряма реставрація, непрямая ортопедична реабілітація, використання змінної та незмінної ортодонтичної апаратури (Gervickas G. T., 2014, Wang H., 2015). В ході чисельних експериментальних досліджень було встановлено, що реактивно-приспосувальні процеси кісткової тканини під час ортодонтичного лікування в багатьох клінічних випадках є надто інтенсивними та виходять за межі фізіологічної норми (Косенко Д. К., Деньга О. В., 2010, Ogura Y. et al, 2014). Також подібний підхід не завжди є обґрунтованим у групи пацієнтів старшого віку, компенсаційні можливості кісткової системи яких не володіють достатніми адаптаційними можливостями, а також у випадках незначної скупченості, проблема якої може бути вирішена шляхом непрямих ортопедичних реставрацій.

**Мета дослідження.** Провести ретроспективний аналіз можливостей лікування скупченості фронтальної групи зубів шляхом ортопедичного реабілітації з метою розширення доказової бази та підтвердження ефективності методу, а також проілюструвати та проаналізувати успішність апробованого клінічного протоколу на групі 12 пацієнтів із реєстрацією динамічних змін макро- та мікропараметрів посмішки та супутніх показників зубо-щелепового апарату.

**Матеріали та методи дослідження.** Методологічний аналіз літературних джерел проводився з використанням пошукових систем (Google Scholar, Pub Med) по принципу формування вибірки відповідних даних за ключовими словами. Клінічний огляд пацієнтів зі скупченістю зубів проводився за рекомендаціями Дмитренко М.І. (2005), розробленими для даної специфічної групи пацієнтів. Ортодонтичний статус пацієнтів оцінювався згідно критеріїв індексу ICON (*Index of Complexity, Outcome, and Need*) (Daniels C. и Richmond S., 2000), а естетичні параметри відповідно до інтерпретації результатів індексу Dental Aesthetic Index (DAI). З метою оцінки скупченості зубів у

фронтальній ділянці використовували індекс іррегулярності за Little (Kasai R. et al., 2012). Нерівномірність розмірів зубів та зубних дуг проводили шляхом калькуляції індексу TSALD (tooth-size-arch-leght discrepancy) (Goldberg A., 2012). Прогнозування ризику ортодонтичного лікування проводили шляхом адаптованого графічного алгоритму опрацювання дентальних ортопантомограм за методикою дотичних прямих і сталих кутів, запропонованою Асоціацією судової стоматології України (2015).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Лікування пацієнтів із скупченістю фронтальної ділянки зубів верхньої щелепи I ступеню проводилось із використанням програмних аддитивів DSS (модифікацій Photoshop Smile Design) (Rifkin R., Morley J., 2002) з метою попереднього узгодження з пацієнтом параметрів майбутньої посмішки. Вибір пацієнтів для лікування з використанням ортопедичних коронок проводився з врахуванням наявності дефектів та реставрацій в області фронтальної групи зубів верхньої щелепи, високих естетичних очікувань пацієнта, та відсутності симптомів бруксизму, дефектних оклюзійних схем та надмірного вертикального перекриття. На основі проведеного аналізу виготовлялась воскова репродукція (wax-up), шляхом модифікації та дуплікації якої отримували силіконовий ключ. Припасовуючи останній проводили етап контрольованої редукції твердих тканин зубів для забезпечення достатнього місця під виготовлення суцільнокерамічних коронок. Етап препарування проводився згідно принципів мінімальної інвазивності та збереження параметрів біологічної ширини. Маргінальна редукція тканин проводилась у межах до 1,0 мм та 2,0 мм у межах ріжучого краю з формування уступу по типу плеча в ділянці ясен (G. Priest, 2014). Результати функціональної та естетичної реабілітації опрацьовувались згідно адаптованих критеріїв параметричного аналізу макро- та мікро-естетики посмішки (Гілева Є.С., 2007): середнє відношення ширини до довжини центральних різців – 78% (76-82%), середня довжина центральних різців 10,4 (10,0-10,6) мм, бокових різців – 8,9 мм (8,5-9,3 мм), ікол – 10,3 (10,0 – 10,6), відношення просторових параметрів центральних різців-бокових різці-ікол – 1:0,61:0,7 (7:5,9:6,1). Отримані параметри посмішки суміжні рекомендаціям Е.А. McLaren, L. Culp (2013). Нормотип посмішки в результаті проведеного лікування був зареєстрований у 80,2% пацієнтів. При ресстрації клінічних параметрів на повторних оглядах через 3, 6 та 12 місяців не зареєстровано відхилень у співвідношеннях біло-рожевої естетики, пропорціях елементів посмішки, рецидиву скупченості чи втрати кісткової тканини на дентальних ортопантомограмах.

**Summary.** The retrospective analysis of the treatment options of frontal teeth crowding and the results of 12 patients prosthetic rehabilitation with the help of ceramic crowns have found that the proposed treatment protocol is suitable for patients with the first form of dental crowding and yields the effective results of macro- and microparameters of smile esthetics. Such results are substantiated by the use of wax-up restoration for forecasting the esthetic outcome, silicone key during the controlled teeth structure reduction, and a comprehensive use of orthodontic and esthetic indices by means of adapted computer software.

МЕДИКО-ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ВТРАТИ  
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЩЕЛЕП

Брехлічук П.П.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Є.Я.

Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології, стоматологічний факультет, Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

MEDICAL AND LEGAL ASPECTS OF DENTAL HEALTH EVALUATION  
IN CASE OF JAW FRACTURE

P.P. Brekhlichuk

Scientific leader: Ye.Ya. Kostenko, Doctor of Medical Sciences, Professor

Department of Surgical Dentistry, Maxillo-Facial Surgery and  
Oncostomatology, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National University,  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Враховуючи факти поширеності травм щелепно-лицевої ділянки різної етіології актуальною є необхідність аналізу комплексу причинно-наслідкових зв'язків взаємопов'язаних процесуальних медичних та клінічних аспектів з урахуванням нового, фрагментованого та адаптованого підходу до оцінки об'єктивних критеріїв втрати стоматологічного здоров'я та перспектив повної або часткової реабілітації із застосування різних підходів до лікування (Мішалов В. Д., 2010; Маланчук В. О., 2012; Ромодановский П. О.,

Черкалина Е. Н., 2012). Дані аспекти є ключовими у формулюванні експертних висновків при визначенні суми страхової компенсації, оскільки тільки комплексна реєстрація первинного стану стоматологічного статусу та його ятрогенних змін в залежності від обраного методу лікування, оперативності надання першої медичної допомоги, та адекватності планових ортопедичних та хірургічних втручань може виступати критерієм для прогностичної оцінки довгострокових результатів реабілітації (Бабкина Т. М., Демидова Е. А., 2013).

**Мета дослідження.** Розробити алгоритм рекомендацій щодо адекватної реєстрації ушкоджень твердих структур зубо-щелепового апарату з урахуванням індивідуальних особливостей, механізмів виникнення та методів лікування травм в ході прогнозованої реабілітації пацієнтів та проаналізувати параметри страхової компенсації у випадках переломів щелеп за умов добровільного та обов'язкового медичного страхування.

**Матеріали та методи дослідження.** В ході виконання контент-дослідження проводився порівняльний аналіз умов страхової компенсації у випадках травмування кісток лицевого скелету з точки зору диференційованих підходів до оцінки наслідків переломів щелеп.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході аналізу умов добровільного медичного страхування на території України, було встановлено, що відсоток страхових виплат при переломі однієї щелепи складає в середньому 5%, а у випадках перелому двох і більше кісток щелепно-лицевої ділянки або подвійного перелому однієї кістки – 10%. При ушкодженні щелеп, які спричинили відсутність кісткової тканини передбачене до 40% страхової компенсації, однак точний розмір такої визначається у ході розгляду кожного страхового випадку окремо. У подібних випадках втрата зубів відповідного втраченого фрагменту щелепи враховується у суму страхового відшкодування незалежно від їх кількості в області відсутнього анатомічного сегменту. Якщо при переломі кісток однієї з щелеп відбувається втрата чи ушкодження інших органів ротової порожнини, то сума страхової компенсації повинна враховувати подібні ушкодження по відповідних статтях відшкодування, однак за яким принципом відбувається сумація ушкоджень у разі комплексної втрати морфо-функціональної цілісності органів максилло-фаціальної ділянки без сформованих уніфікованих критеріїв оцінки досі залишається питанням тривалих наукових та медико-правових дискусій (Михайличенко Б. В., 2015). Перелом альвеолярного відростка, що наступив при втраті зубів у більшості страхових компаній не

компенсується, а у випадках оперативних втручань передбачається одноразова виплата 5% від страхової суми. Хоча згідно таблиці відсотків стійкої втрати працездатності переломи щелеп, що супроводжуються незначним порушенням акту жування та прикусу в цілому оцінюються в 10%, а із значними порушеннями останніх – у 20%, а втрата частини щелепи (за виключенням альвеолярного відростку) – у 80 %. Коли ж травма щелеп провокує виникнення супутніх травм інших органів ротової порожнини, то відсоток стійкої втрати працездатності визначається із врахуванням суміжних пошкоджень, шляхом сумачії усіх складових доданків (Пашинян Г. А., Івшин І. В. О, 2009). Невідповідність розмірів страхової компенсації та відсотку стійкої втрати працездатності є зрозумілою в залежності від умов та наслідків виникнення травми, проте в ході експертної оцінки переломів доцільним було б уведенням збалансованого коефіцієнта, значення якого було аргументоване результатами ретроспективного аналізу заключень страхової компанії та висновків судово-стоматологічного експерта, з формуванням відповідної кореляції між важкістю морфо-функціональних порушень та обґрунтованою сумою страхового відшкодування.

**Висновки.** Поширеність травм кісток лицевого скелету аргументує потребу розробки адекватних експертних критеріїв оцінки втрати стоматологічного здоров'я в залежності від особливостей та механізмів виникнення ушкодження, індивідуальних характеристик клінічного випадку та сучасних можливостей надання стоматологічної допомоги з урахуванням умов добровільного та обов'язкового медичного страхування осіб. Поєднання аспектів медико-правового, судово-стоматологічного та клінічного характеру забезпечить накопичення достатньої доказової бази для подальшої розробки методологічних підходів експертної оцінки переломів щелеп з врахуванням сучасних можливостей об'єктивізації їх наслідків та вибору адекватних прогнозованих алгоритмів лікування. Розробка критеріїв втрати стоматологічного здоров'я у формі адаптованих коефіцієнтів, відштовхуючись від відсотків втрати працездатності та індивідуальних особливостей реабілітації, забезпечить уніфікацію підходу до експертної оцінки переломів щелеп з можливістю детальної аргументації адекватної суми страхових компенсаційних виплат.

**Summary.** The prevalence of bone injuries of the facial skeleton justifies the need for the development of the appropriate expert criteria for dental health loss depending on injury characteristics and mechanisms, individual characteristics of clinical case and capabilities of modern dental care under the conditions of optional and compulsory health insurance entities. The

introduction of new approaches in diagnostics, planning and forecasting of complex medical and reconstructive measures in order to restore the integrity of damaged bones should be consolidated by the interaction of strictly forensic evaluation criteria for assessing the injury consequences and specific dental features of morphofunctional disorders with regard to the original state of the dental condition, opportunities for bone tissue restitution and the scope of necessary rehabilitation. The combination of medical and legal, forensic, and dental, and clinical aspects will provide sufficient evidence for further development of the methodological approaches of jaw fractures expert evaluation with advanced opportunities for objectification of their consequences and the alternative for predicted adequate treatment algorithms.

## РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Васько Артур Артурович

Науковий керівник – к.мед.н., проф. Клітинська Оксана Василівна  
кафедра стоматології дитячого віку, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

## RETROSPECTIVE ANALYSIS OF DENTAL PATIENTS' MEDICAL RECORDS

A.A. Vasko

Scientific leader: O.V. Klitynska, Candidate of Medical Sciences, Professor  
Department of Pediatric Dentistry, Uzhhorod National University,  
State Higher Education Institution, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Безсумнівим фактом є твердження про те, що визначення вірного діагнозу є основою для подальшого якісного лікування будь якого захворювання [Лемко И.С. - 2010, Crispian Scully - 2011]. В карієсології безпомилково визначений діагноз дає можливість вірно вибрати метод та тактику лікування [Клітинська О.В. - 2010], що значно підвищує ефективність роботи лікаря-стоматолога. Варто зазначити, що аналіз рентгенограм при визначенні діагнозу, значно підвищує відсоток вірно визначених діагнозів [Рогацкин Д.В. – 2007,

Н.А.Рабухина А.П.Аржанцев - 1999]. Отже ми задалися ціллю визначити відсоток невірних діагнозів, визначених лікарями стоматологами на амбулаторному прийомі стоматологічних хворих.

**Мета дослідження.** Метою дослідження було, шляхом ретроспективного аналізу медичної документації [Рогацкин Д.В. – 2007, Н.А.Рабухина А.П.Аржанцев - 1999, / Joen M. Iannucci ], аналізу рентгенограм та клінічного огляду пацієнтів, порівняти результати визначені лікарями-стоматологами на амбулаторному прийомі стоматологічних хворих з результатами власної діагностики визначеними при дослідженні.

**Матеріали та методи дослідження.** При ретроспективному аналізі медичної документації нами було проаналізовано медичні картки стоматологічного хворого N 043/о Університетської стоматологічної поліклініки міста Ужгород. Загальна кількість проаналізованих карт становила 2230 одиниць. 1098 карт належали пацієнтам з тимчасовим прикусом, 1132 – зі змінним. Серед пацієнтів з тимчасовим прикусом було 545 хлопчиків та 553 дівчинки. Серед пацієнтів зі змінним прикусом - 520 хлопчиків та 612 дівчат. У 30 пацієнтів були діагностовані загальносоматичні захворювання і їх при статистичних розрахунках не враховували.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно з медичною документацією, серед пацієнтів з тимчасовим прикусом було діагностовано карієс в стадії плями – 420 випадків (38,2%), початковий карієс – 356 випадків (32,4%), середній карієс 765 випадків (69,6%), глибокий карієс – 6 випадків (0,6%). Серед пацієнтів зі змінним прикусом карієс в стадії плями був діагностований у 34 випадках (2,9%), початковий карієс у 460 випадках (40,4%), середній карієс у 846 випадках (74,3%), глибокий карієс був діагностований у 876 випадках (76,9%). Загалом, хибний діагноз було визначено у 238 випадках (22%). У пацієнтів зі змінним прикусом карієс в стадії плями було діагностовано у 46 (4%) випадках, початковий карієс – 398 (35,1%), середній карієс – 746 (65,9%), та глибокий – 715 (63,1%) випадках Загалом, хибний діагноз був визначений у 333 (29,4%) випадках.

**Висновки.** При огляді та подальшому лікуванні пацієнтів, чії медичні стоматологічні картки були проаналізовані, нами були виявлені розбіжності та помилки діагностики. Загалом, серед пацієнтів з тимчасовим прикусом помилкові діагнози в медичній картці були визначені у 238 випадках. Серед пацієнтів з постійним прикусом – 333 діагнозів не відповідали клінічній картині. Отже, хибні діагнози були

визначені у 22% випадків для тимчасового прикусу, та 29,4% для змінного прикусу.

**Summary.** In the course of the examination and further treatment of patients whose dental health records were analyzed, we have identified differences and error diagnostics. Overall, 238 cases were found among patients with temporary occlusion false diagnoses in the medical file. 333 diagnoses among patients with stable bite did not meet the clinical picture. So false diagnoses constituted 22 % for temporary occlusion and 29.4 % for variable bite.

## ГЕРМЕТИЗАЦІЯ ФІСУР ЯК ДІЄВИЙ МЕТОД ЕКЗОГЕННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ У ДІТЕЙ М. ЧЕРНІВЦІ

Власик К.Л.

Науковий керівник: асистент Федак П.П.

головний лікар КМУ «Міська дитяча стоматологічна поліклініка»

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології, стоматологічний факультет,

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна

## FISSURE SEALING AS AN EFFECTIVE METHOD OF EXOGENOUS PREVENTION OF CARIES IN CHILDREN FROM CHERNSVTSI CITY

K.L. Vlasyk

Scientific leader: P.P. Fedak, Assistant

Chief Physician at Municipal Pediatric Dental Clinic MMI

Department of Surgical and Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry

Bucovinan State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

**Актуальність теми.** Однією з найактуальніших проблем сучасної стоматології є карієс, особливо в дитячому віці. Погіршення екологічних та соціальних умов проживання, а також недостатнє здійснення профілактичних заходів призвело до значного зростання поширеності та інтенсивності карієсу зубів у дітей різних регіонів України. Відомо, що 90% каріозних порожнин виникають на жувальній поверхні молярів та премолярів, а саме у фісурах. В даний час у профілактиці карієсу значна роль належить засобам і методам екзогенної профілактики. Згідно з

даними американських стоматологів, перші постійні моляри, не покриті герметиком, уражаються в 23 рази частіше, ніж покриті.

**Мета дослідження.** Метою дослідження було вивчення ефективності методу екзогенної профілактики карієсу зубів у дітей м. Чернівці з використанням фторидвміщуючого герметиків "Fissurit Fx".

**Матеріал і методи дослідження.** Для герметизації фісур інтактних жувальних зубів був використаний фторидвміщуючий герметик "Fissurit Fx" ("Vosso", Німеччина). Діти основної і контрольної груп були розподілені на три вікові групи: 6–7 років, 11–12 і 13–14. Усього було загерметизовано 303 інтактних жувальних зуба. Про ефективність методу екзогенної профілактики судили по інтенсивності, приросту інтенсивності і редукції карієсу зубів у дітей дослідної і контрольної груп. Були використані клінічні та статистичні методи дослідження.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У перших молярах через 1 рік після профілактичних заходів приріст інтенсивності карієсу дорівнював  $0,13 \pm 0,01$ , а у контролі, приріст склав  $0,74 \pm 0,10$ . Редукція карієсу дорівнювала  $82,43 \% \pm 2,28$ . У премолярах приріст інтенсивності карієсу дорівнював  $0,03 \pm 0,01$ , тоді як у контрольній групі  $1,40 \pm 0,10$ . Редукція карієсу  $97,85 \% \pm 1,09$ . У других молярах приріст інтенсивності карієсу склав  $0,15 \pm 0,01$  у порівнянні з  $1,16 \pm 0,20$  в контрольній групі зубів. Редукція карієсу склала  $87,07 \% \pm 1,73$ .

**Висновки.** Встановлено тенденцію підвищення ураженості карієсом постійних зубів у дітей 6 – 14 років за останні 5 років. Показники інтенсивності карієсу 2014 р. у порівнянні з 2009 р. у дітей 6 років зросли з 0,01 до 0,52, у 12 років – з 0,93 до 1,11 і в 14 років – з 1,35 до 1,97. Визначені оптимальні терміни герметизації фісур: для перших постійних молярів – 5,5 – 6 років, перших премолярів – 9 – 10 років, других премолярів – 10-11 років і других постійних молярів – 12,5 – 13 років. Встановлено високу ефективність герметизації фісур фторидвміщуючим герметиком "Fissurit Fx", що забезпечує редукцію карієсу від 82,43 % у перших молярів до 97,85 % у премолярів.

**Summary.** The prevalence of caries in children's permanent teeth has increased over the last 5 years. We have established that the sealant "Fissurit Fx" has high efficiency and optimal time of fissure sealing: it ensures caries reduction from 82.43% in P2 to 97.85% in M2.

# ДОСЛІДЖЕННЯ КИСЛОТОСТІЙКОСТІ ЕМАЛІ ЗУБІВ У РІЗНИХ ДІЛЯНКАХ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ПОВЕРХНІ

Вороніна Ганна Сергіївна

Науковий керівник – професор Удод Олександр Анатолійович  
Кафедра стоматології №1, стоматологічний факультет, Донецький національний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України, м. Красний Лиман, Україна

## STUDYING ACID RESISTANCE OF TOOTH ENAMEL IN DIFFERENT PARTS OF VESTIBULAR SURFACE

Voronina Hanna Serhiivna

Scientific leader: Udod Oleksandr Anatoliiovych, Professor  
Department of Dentistry No. 1, Faculty of Dentistry,  
M. Gorky Donetsk National Medical University,  
Krasnyi Lyman, Ukraine

**Актуальність теми.** Найважливішим показником карієсрезистентності емалі зубів з життєздатною пульпою є її кислотостійкість, що складається з двох компонентів: структурного (визначається ступенем мінералізації та хімічним складом емалі) та функціонального (вплив складу та швидкості руху зубної рідини). Після депульпування функціональний компонент кислотостійкості втрачається. У разі збереження під час відновлення зубів лише тонкого шару емалі, що позбавлена зв'язку з пульпою, роль цього компоненту ще не визначена, але відомо, що у таких випадках емаль втрачає свою міцність, стає більш крихкою, і це необхідно враховувати під час препарування та подальшого відновлення.

**Мета дослідження.** Визначення структурно-функціональної кислотостійкості емалі фронтальних зубів за різної локалізації ділянок та наявності зв'язку з пульпою.

**Матеріали та методи дослідження.** Було оглянуто 20 осіб віком 18-20 років, які на одній з контактних поверхонь верхнього центрального різця мали каріозні порожнини (III та IV клас за Блекум) зі збереженою вестибулярною емаллю, відновлені фотокомпозиційним матеріалом. Оцінку структурно-функціональної кислотостійкості емалі зубів проводили за допомогою тесту емалевої резистентності (В. Р. Окушко, Л. І. Косарева, 1983) через добу після проведення відновлення та через 12 місяців. Тест проводили на емалі вестибулярної поверхні одного з верхніх центральних різців, під якою розташований відновлювальний

матеріал (досліджувана ділянка), та на інтактній емалі в області екватора (контрольна ділянка).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Через добу після відновлення структурно-функціональна кислотостійкість емалі у контрольній ділянці складала  $3,4 \pm 0,3$  бала, що свідчить про її високий рівень, у той час, як у досліджуваній ділянці показник був лише  $4,7 \pm 0,5$  бала, різниця між показниками становить 1,3 бала ( $p < 0,05$ ). Через 12 місяців результати були такими: у контрольній ділянці показник кислотостійкості склав  $3,5 \pm 0,5$  бала, у досліджуваній –  $5,9 \pm 0,4$  бала, тобто різниця між показниками становила вже 2,4 бала ( $p < 0,05$ ). Показник, який був визначений на екваторі, за рік майже не змінився, а показник, що визначали на досліджуваній ділянці, вірогідно ( $p < 0,05$ ) погіршився. Це свідчить про значне зниження кислотостійкості емалі, що позбавлена зв'язку з пульпою, та, у свою чергу, доводить роль функціонального компоненту у формуванні кислотостійкості емалі зубів.

**Висновки.** Таким чином, кислотостійкість емалі, яка деякий час позбавлена безпосереднього зв'язку через дентин з пульпою, значно погіршується за рахунок втрати функціонального компоненту, що необхідно враховувати під час проведення високоестетичних реставрацій зубів та обов'язкових післяреставраційних відвідувань.

**Summary.** The article addresses the acid resistance of intact enamel of the tooth equator and enamel which is devoid of communication with the pulp a day and a year after the restoration of front teeth in 20 people aged 18 to 20 years. In both cases the acid resistance of the equator enamel was significantly higher.

## ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ З НЕЗНІМНИМИ ОРТОДОНТИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ

Горват Інна Олександрівна

Науковий керівник: к.мед.н., проф Клітинська О. В.

Кафедра стоматології дитячого віку, Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна.

## FEATURES OF INDIVIDUAL ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH FIXED ORTHODONTIC APPLIANCES

Horvat Inna Oleksandrivna

Scientific leader: O.V. Klitynska, Candidate of Medical Sciences, Professor, Department of Pediatric Dentistry, Uzhhorod National University, State Higher Education Institution, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Ортодонтичне лікування з використанням брекет-систем є високоефективним методом лікування патологій зубо-щелепної системи змінного та постійного прикусів у дітей та дорослих пацієнтів, що набув високого поширення останнім часом. Проте, при застосуванні даного методу існує можливість ускладнень під час та після лікування зі сторони твердих тканин зубів та тканини пародонту. Відповідно до даних наукових досліджень, у пацієнтів з ортодонтичними конструкціями рівень накопичення зубного нальоту у 2-3 рази вищий, ніж у здорових людей, що приводить до розвитку патологій тканин пародонту в 92% випадків (Орехова Л. Ю., 2004).

За даними Дрогомирецької М. С. (2011), Клітинської О. В. (2012), поширеність захворювань тканин пародонту у вигляді катаральних та гіпертрофічних гінгівітів під час лікування незнімними ортодонтичними конструкціями становить 55-62%. У зв'язку з постійним перебуванням чужорідного дратівливого чинника у вигляді ортодонтичної апаратури індивідуальна гігієна порожнини рота значно погіршується, спостерігається утворення великої кількості зубного нальоту, такі пацієнти більш чутливі до утворення білих плям; при формуванні мікробної біоплівки, що представляє собою в'язкий бактеріальний шар на поверхні зуба, продукти бактерій можуть проникати до субепітеліальних тканин через зубоясенну борозну і викликати запальну реакцію тканин пародонту, розвиток гінгівіту та ушкодження слизової оболонки.

**Мета дослідження.** Покращення рівня індивідуальної гігієни порожнини рота та зниження поширеності карієсу і захворювання тканин пародонту у пацієнтів з незнімними ортодонтичними конструкціями.

**Матеріали та методи дослідження.** Кожна гігієнічна процедура повинна включати чистку зубів, включаючи всі потенційні зони ризику, а також очищення всіх деталей брекет-системи. У даний час можна виділити (К.М. Косенко, Т.П. Терешина, 2003) наступні аспекти, які має забезпечити раціональна гігієна порожнини рота: очисна дія, антимікробна дія, запобігання утворенню зубних відкладень, вплив на мінералізацію твердих тканин зубів, вплив на функціональну активність слинних залоз, вплив на процеси обміну в тканинах пародонта,

стимуляція регенераторних процесів, посилення природних захисних механізмів порожнини рота, пригнічення проявів запалення в тканинах пародонта і слизової оболонки порожнини рота, дезодораційна дія.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Основні правила догляду за зубами при наявності брекет-системи, яких слід дотримуватись: - обов'язковим елементом є зубна V-подібна або двохрівнева щітка з м'якою щетиною; користуємося зубною пастою з високим вмістом кальцію і фтору. Вона наситить зубну тканину мінералами і зміцнить емаль; використовуємо стандартну методику чистки зубів. Збільшуємо час чищення зубів, так як крім останніх необхідно ще й чистити брекети; мінімальна кількість чисток в день – 3 рази, причому кожен раз робити це варто від 5 до 10 хвилин, після кожного прийому їжі, для цього завжди повинна бути з собою зубна ортодонтична щітка і зубна паста в спеціальному футлярі; для очищення приясенної ділянки, ділянки навколо брекетів як вестибулярних, так і лінгвальних рекомендують використовувати монопучкову щітку; очищення проміжків між зубами, простору під дугою та між брекетами здійснюється зубними йоршиками (зворотно-поступальними і обертальними за годинниковою стрілкою рухами); для того щоб максимально очистити міжзубні контакти, використовуємо зубну нитку або супер-флос; ополіскувачі для порожнини рота завершують гігієнічні процедури. Додатково рекомендують використання ірригатора на ніч та застосування сучасних ремінералізуючих систем в домашніх умовах за допомогою індивідуальних кап.

**Висновки.** Лікування незнімними ортодонтичними конструкціями довготривале і ускладнює процедуру догляду за зубами, однією з важливих задач лікаря-ортодонта - навчання методів раціональної гігієни порожнини рота, призначення індивідуального комплексу засобів та методів гігієни, контроль за підтриманням гігієнічного стану порожнини рота, та регулярного проведення професійної гігієни порожнини рота для запобігання загостренню основного захворювання і виникненню різних ускладнень.

**Summary.** Non-removable orthodontic treatment is a long-term treatment which can complicate teeth care. One of important Orthodontist's tasks is to teach the efficient methods of oral hygiene; prescribe the individual hygiene tools and methods; monitor the mouth hygienic conditions and maintain the regular professional hygiene of mouth cavity to prevent the intensification of the basic disease as well as different complications .Keywords: individual hygiene, braces, toothbrush, toothpaste, dental floss, mouthwash.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗНОСОСТІЙКОСТІ  
ОБЛИЦЮВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ  
ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Далішчук А. І., Юр А. М., Гуменний О. В.

Науковий керівник: асистент Юр А. М.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,  
Вінниця, Україна

EXPERIMENTAL RESEARCH OF WEARPROOF PROPERTIES OF  
VENEERS USED FOR FIXED DENTURES

A.I. Dalishchuk, A.M. Yur, O.V. Humennyi

Scientific leader: A.M. Yur, Assistant

Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry,  
Pirogov Vinnytsia National Medical University,  
Vinnytsia, Ukraine

**Актуальність теми.** В процесі життєдіяльності людини відбувається взаємодія зубів один з одним і з їжею, в результаті чого зношуються і руйнуються як природні так і штучні зуби (Гожая Л.Д., Руденко Н.Р., 1986). Особливе значення набувають дані про різне стирання емалі зубів і конструкційних стоматологічних матеріалів при одночасному протезуванні знімними та незнімними частинами зубних протезів. В останні роки спостерігається значний прогрес в створенні матеріалів для ортопедичної стоматології. Обираючи тактику лікування конкретного пацієнта лікар повинен чітко уявляти співвідношення фізичних та механічних властивостей матеріалів, що використовуються для протезування, і тканин зуба (С.В. Анисимова, И.Ю. Лебеденко, М.А. Румянцев, Н.Н. Мальгинов, 2005.). Правильний вибір конструкційних матеріалів дозволяє враховувати функціональне зношування при використанні різних конструкцій зубних протезів. Вплив конструкцій на опорні зуби та зуби антагоністи, в основному, пов'язаний з мікротвердістю конструкційних матеріалів (Опанасюк Ю., Шутак О., 1999).

**Мета дослідження.** Підвищення ефективності лікування хворих з частковими дефектами зубних рядів шляхом експериментальних досліджень зносостійкості конструкційних матеріалів і природних зубів.

**Матеріали та методи дослідження.** Для реалізації поставленої мети дослідження зносостійкості проводили на спеціальному пристрої, який максимально відтворює та моделює особливості функціонування

зубо-щелепної системи і дає можливість визначення кількісної величини зношування конструкційних матеріалів і природніх зубів у різних поєднаннях. Для дослідження брали конструкційні матеріали, які використовуються при комбінованому протезуванні: кераміку «VITA VMK MASTER», композит «VITA VM LC» і пластмасу «VILLACRYL STC HOT» при співвідношенні пар: природній зуб-кераміка, природній зуб-пластмаса, природній зуб-композит, кераміка-пластмаса, композит-пластмаса, кераміка-композит. З цією метою виготовлені 3 металокерамічні коронки, 3 металопластмасові і 3 металокомпозитні, а також брали 3 видалених інтактних моляри. Вимірювання проводили при досягненні 100 000, 500 000, 1 000 000, 1 500 000, 2 000 000 жувальних циклів для кожної пари, що досліджується. Дослідження по визначенню зносостійкості штучних та природніх молярів проводили в рідинному середовищі - фізіологічному розчині, який подавали в зону контакту пар безпосередньо шляхом поливання.

Величину зношування конструкційних матеріалів і природніх зубів визначали на торсійних терезах з точністю до 0,0001 г шляхом різниці мас досліджуваних об'єктів до, у процесі та після завершення дослідження.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Показники результатів кількісного зношування взаємодіючих пар конструкційних матеріалів і природніх зубів наведені в таблиці.

Результати зношування конструкційних матеріалів і природніх зубів  
(за масою в мкг)

Кільк. жув. циклів	Пари, що взаємодіють											
	П. зуб- Керамік а		П. зуб- композ ит		П. зуб- пластм.		Кераміка - композит		Керам .- пласт м.		Комп. - пласт м.	
	П.з .	К р.	П.з .	К м.	П.з .	П л.	Кр.	Км.	К р.	П л.	К м.	П л.
10000 0	4	-	-	-	-	3 0	-	11	-	4 2	8	1 5
50000 0	30	4	12	1 7	6	7 3	3	41	2	1 1 2	2 2	3 5
10000 00	62	1 2	25	3 1	17	1 3 2	11	74	8	2 1 0	3 5	5 8

15000 00	77	1 6	32	3 8	22	1 5 3	13	92	9	2 3 9	4 7	7 2
20000 00	87	1 8	40	4 9	28	1 7 2	15	113	1 0	2 5 5	6 2	8 7

Примітка. П.з.-природний зуб; пл.- пластмаса; км.- композит; кр.- кераміка.

**Висновки.** Максимальна стійкість до зношування після 2000000 циклів виявлена у керамічного облицювального матеріалу: в парі з пластмасою - 10 мкг, з композитом – 15 мкг, з природнім зубом – 18 мкг. Мінімальну стійкість до стирання мали коронки з пластмасовим облицюванням в парі з керамічним – 255 мкг і з природнім зубом – 172 мкг. Отже, зносостійкість кераміки «VITA VMK MASTER» перевищує таку природного зуба у 4.8 рази, композита «VITA VM LC» у 7.5 разів, пластмасу «VILLACRYL STC HOT» – у 25.5 разів. Аналогічно стійкість до стирання природного зуба вище пластмаси у 6.1 рази. Встановлена незначна різниця показників зносостійкості пари пластмаса-композит, з переважанням останнього. Майже однакову стійкість до стирання мають в парі природний зуб та композит. Проведені дослідження вказують на необхідність обгрунтованого вибору конструкційних матеріалів з урахуванням функціонального зношування при комбінованому протезуванні знімними і незнімними елементами.

**Summary.** Teeth and food as well as teeth between themselves interact in the course of human life, which results in natural and artificial teeth wearing out and eventually destroyed. The correct choice of materials allows taking into account the functional wearproof properties when using various dentures. The research is carried out with the help of a special device which can restore and design the peculiarities of the dental-and-jaw system functions. Ceramics ‘VITA VMK MASTER’, composite material ‘VITA VM LC’, acrylic resin ‘VILLACRYL STC HOT’ have been used. The research results prove the necessity of a well-grounded choice of materials used for combined prostheses with removable as well as fixed elements given the functional wearproof properties of materials.

СПЕЦИФІЧНІ УРАЖЕННЯ ЗУБОЩЕЛЕПОВОЇ СИСТЕМИ  
У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ЗОНІ ЕКОЛОГІЧНОГО  
ЗАБРУДНЕННЯ

Дуганчик Я.І., Нестеренко М.Л.

Науковий керівник - к.мед.наук Мельник В.С.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет,  
м. Ужгород, Україна

SPECIFIC DAMAGE OF DENTOFACIAL SYSTEM IN CHILDREN  
LIVING IN THE AREA OF ECOLOGICAL POLLUTION

J.I. Duhanchyk, M.L. Nestrenko

Scientific leader: V.S. Melnyk, Candidate of Medical Sciences

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Дослідження тенденцій розвитку основних стоматологічних захворювань, зокрема порушень зубощелепної системи, є надзвичайно актуальними, коли спостерігається погіршення клімато-географічних, соціально-економічних та побутово-гігієнічних факторів, які впливають певним чином на стан органів і тканин порожнини рота. Вивчення питань розповсюдженості основних стоматологічних захворювань, а саме порушень зубощелепної системи свідчить про ріст цієї патології поряд із карієсом зубів і захворюваністю тканин пародонта. В Україні зубощелепні аномалії займають вагоме місце та їх поширеність в середньому становить 40 – 65%, а в регіонах з підвищеним вмістом формальдегіду – 81,3 – 92,9%. Високу розповсюдженість даної патології можна розглядати як результат комплексної дії ряду ендогенних і екзогенних факторів. Одним із екзогенних факторів вважається вплив несприятливого екологічного середовища (підвищений вміст метанолу, мурашиної кислоти, ацетону й фенолів в питній воді і повітрі) на організм людини в цілому, на формування його органів та систем, в тому числі і на формування зубощелепної системи.

**Мета дослідження.** Провести визначення стоматологічного статусу у дітей з зубощелепними аномаліями, що проживають в зоні екологічного забруднення на прикладі м.Перечин.

**Матеріали і методи дослідження.** Для вирішення поставленої мети було проведено загальноклінічне обстеження 157 осіб 12, 15 річного віку. Стоматологічний статус дітей визначали за індексами і критеріями ВООЗ, дані реєстрували в модифікованій карті обстеження. Результати

обробляли за допомогою методів варіаційної статистики. Всім дітям було запропоновано пройти анкетування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведені дослідження показали, що екологічно несприятливі умови сприяють збільшенню зубощелепної патології та стоматологічних захворювань. Темпи та інтенсивність розвитку стоматологічної патології прямо залежать від рівня здоров'я та забрудненості регіону. При цьому наявність загальносоматичних захворювань виражено впливає на розвиток зубощелепної патології, що призводить до декомпенсації, насамперед, в молодшому шкільному віці в період змінного прикусу.

При клінічному огляді у обстежених дітей з екологічно забрудненого району були наявні такі види зубощелепних аномалій у 12-ти річних: аномалії кількості зубів (адентія) – 9,1 %, надкомплектні зуби (гіпердентія) - 1,7%, скупченість зубів – 60,8 %, тортоаномалії – 6 %, макрогнатія верхньої щелепи – 2,8% мікрогнатія нижньої щелепи – 1,9%, аномалії прикусу (глибокий – 13,5%, медіальний – 4,8%) частота яких вірогідно відрізнялася від даних загальнопопуляційної групи дітей з екологічно чистого регіону.

У 15 – річних обстежених: аномалії кількості зубів (адентія) - 7,6 %, надкомплектні зуби (гіпердентія) - 2,1%, скупченість зубів – 54,9%, тортоаномалії – 5,4%, макрогнатія верхньої щелепи - 3,1% мікрогнатія нижньої щелепи – 0,9%, аномалії прикусу (глибокий – 25,6%, медіальний – 5,8 %).

У дітей у віці 12, 15 років встановлений прямий кореляційний зв'язок між поширеністю зубощелепних аномалій і речовинами, що забруднюють атмосферне повітря - пилом, формальдегідом, метанолом, мурашиною кислотою, ацетоном й фенолом.

**Висновки.** Дані нашого дослідження свідчать про високу поширеність зубощелепових аномалій у дітей, що проживають в зоні екологічного забруднення в м. Перечин. Необхідна розробка концепції комплексної профілактики зубощелепних аномалій у дитячого населення, що проживають в цій зоні, що включає державні заходи, пренатальну та постнатальну профілактику в різні періоди формування зубощелепної системи, із залученням лікарів різних спеціальностей.

**Summary.** The research has studied the dentofacial anomalies in children from Perechyn city. 157 adolescents (74 girls and 83 boys) aged 12 and 15 years were inspected. High prevalence of dentofacial anomalies in all age groups was revealed. The need to strengthening the natural preventative measures and the area-oriented programs related to dentofacial anomalies prophylaxis in children has been substantiated.

ВИЗНАЧЕННЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СТАНУ ПОРОЖНИНИ  
РОТА У ХВОРИХ З ДЕСКВАМАТИВНИМ ГЛОСИТОМ, ПОЄДНАНИМ  
З СКЛЕРОДЕРМІЄЮ

Заровський А. А., Капиця Д. В.

Науковий керівник: асистент Повшенюк А. В.

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,  
м. Вінниця, Україна

DETERMINING ACID-BASE STATUS OF ORAL CAVITY IN PATIENTS  
WITH DESQUAMATIVE GLOSSITIS ACCOMPANIED BY  
SCLERODERMA

A.A. Zarovskiy, D.V. Kaputsja

Scientific leader: A.V. Povsheniuk, Assistant

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University,  
Vinnitsia, Ukraine

**Актуальність теми.** Досить часто спостерігають захворювання органів порожнини рота, що поєднанні з ураженнями сполучної тканини, серед яких, чільне місце належить склеродермії. Та, як відомо, повноцінна у кількісному та якісному відношеннях змішана слина є необхідною умовою ефективного функціонування слизової оболонки порожнини рота, найбільш значимими її показниками є швидкість слиновиділення, рН, сахарозний та карбамідний рН-тести.

**Мета дослідження.** Вивчення кислотно-основного стану порожнини рота у хворих з десквамативним глоситом, поєднаним з склеродермією.

**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення мети дослідження проведено обстеження 14 хворих, що звернулись на кафедру терапевтичної стоматології ВНМУ імені М.І. Пирогова із сумісним ураженням слизової оболонки порожнини рота і склеродермією віком від 41 до 62 років, які склали основну групу і 12 практично здорових осіб ідентичного віку, що склали групу контролю. Швидкість слиновиділення без попередньої стимуляції оцінювали після спльовування пацієнтами змішаної слини в градуйовані пробірки протягом 5 хвилин. Визначення рН ротової рідини проводили за допомогою рН-метра моделі «150» і стандартних скляних електродів. Тестову сахарозну та карбамідну криву рН визначали за рекомендаціями Румянцева В. А. (1998).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Середньостатистичні значення показника швидкості саливації у основної групи хворих становив  $0,25 \pm 0,02$  мл/хв, і був достовірно нижче порівняно з здоровими особами контрольної групи ( $0,69 \pm 0,025$  мл/хв) у 2,8 рази ( $p < 0,001$ ). Це дозволяє стверджувати про наявність у досліджуваних хворих вираженої гіпосаливації, що співпадає з даними літератури, які вказують на виявлені зміни швидкості секреції при системних захворюваннях сполучної тканини. Гомеостаз порожнини рота підтримується завдяки кислотно-основній рівновазі, основними показниками якого є рН ротової рідини. За результатами наших обстежень, рН ротової порожнини у хворих основної групи становив  $6,9 \pm 0,03$ , у осіб контрольної групи  $7,2 \pm 0,04$  ( $p < 0,001$ ). Низькі значення рН нестимульованої змішаної слини свідчать про наявність ацидозу, напевно, обумовленого високою активністю кислотоутворюючих бактерій на фоні зниженої саливації. Амплітуда тестової карбамідної кривої в основній групі перевищувала таку у контрольній на 18% ( $0,62 \pm 0,03$  проти  $0,51 \pm 0,02$ , при  $p < 0,01$ ). Що свідчить про високу активність уреазопозитивної мікрофлори порожнини рота у пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини із супутньою склеродермією. Порівняння цифрових даних амплітуди сахарозної кривої дозволило встановити наступне: у хворих на десквамативний глосит, поєднаний склеродермією досліджуваний показник склав  $-0,46 \pm 0,04$ , в здорових осіб -  $0,55 \pm 0,02$ . Отже, амплітуда кривої Стефана у основної групи хворих, мала тенденцію до зростання, хоча і незначну, але достовірну ( $p < 0,05$ ). Це свідчило про менш виражену функціональну активність ацидогенної мікрофлори порожнини рота у даної групи обстежених хворих.

**Висновки.** Таким чином, вивчення швидкості слиновиділення, водневого показника (рН) і рН-тестів (сахарозний і карбамідний) дозволяє виявити гомеостатичні зсуви в порожнині рота при розвитку захворювань слизової оболонки порожнини рота. Отримані результати досліджень необхідно враховувати при лікуванні даної групи хворих і плануванні профілактичних заходів.

**Summary:** In desquamative glossitis in combination with the affection of connective tissue of autoimmune genesis on the background of the salivation disorders the destabilization of the systems of regulation of acid-base balance occurs. It is shown by essential rise of acid- and ammonia producing microflora with prevalence of the last.

# ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КОНСТРУКТИВНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕЗНІМНИХ АПАРАТІВ – УТРИМУВАЧІВ ПРОСТОРУ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ РАННЬОМУ ВИДАЛЕННІ ЗУБІВ

Кадушкевич Богдан

Науковий керівник: Дидик Наталія Михайлівна, к.м.н., асистент  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
м. Львів, Україна

## COMPARATIVE ANALYSIS OF CONSTRUCTIONAL FEATURES OF FIXED SPACE MAINTAINERS APPLIED AFTER EARLY TOOTH EXTRACTION

Bohdan Kadushkevych

Scientific leader: N.M. Dydyk, Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Department of Prosthetic Dentistry, Danylo Halytsky Lviv National Medical  
University, Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Незнімні профілактичні апарати – утримувачі простору (space-maintainer) - застосовуються у тих випадках, коли була проведена рання екстракція зуба і виникає необхідність зберегти утворений проміжок у зубному ряді. Застосування цих апаратів дає змогу попередити зміщення сусідніх зубів і зубів антагоністів, а також деформацію зубної дуги. Виготовлення таких апаратів у дітей має свої особливості, оскільки вони мають не лише зберігати простір у зубному ряді на місці видаленого зуба, але й водночас не стримувати росту щелепи.

**Мета дослідження.** Критично проаналізувати конструктивні особливості існуючих незнімних апаратів спейс-мейнтейнерів та запропонувати власну конструкцію спейс-мейнтейнера.

**Матеріал і методи дослідження.** Було проведено розширений пошук публікацій, присвячених означеній тематиці, у базі англомовних джерел медичної інформації PubMed за ключовими словами “space maintenance”, “space maintainer”, “early teeth extraction”. Описані конструкції апаратів було проаналізовано за основними критеріями: тип конструкції та її матеріал, складність виготовлення, кількість конструктивних елементів, гігієнічність, наявність ризику травмування ясен елементами апарату, зміна довжини апарату відповідно до росту щелепи.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Система-тизовано описані конструкції профілактичних апаратів для утримання простору

при ранньому видалення зубів. Дано оцінку основним типам апаратів та проведено їх порівняльний аналіз. Запропоновано власну адгезивну конструкцію спейс-мейнтейнера, яка поєднує скло та вуглеволокно і має низку переваг порівняно з раніше запропонованими апаратами.

**Висновки.** Для попередження зміщення дистально розташованого зуба в бік дефекту зубного ряду у випадках раннього видалення зубів перевагу варто віддати незнімному профілактичному апарату, який не перешкоджає вільному росту щелепи; є міцним, гігієнічним та нетравматичним. Одним з таких апаратів може стати спейс-мейнтейнер, створений за нашим прототипом.

**Summary.** Space maintainers are used to prevent undesirable tooth movements and loss of arch length by maintaining the relative position of the existing dentition in cases of premature teeth extraction. Constructional features of existing space maintainers have been analyzed and compared. The new construction of a fixed appliance has been developed for space control after tooth extraction which prevents the shift of the distally located tooth towards the extraction site while not interfering with jaw growth in children patients due to the incorporated sliding mechanism.

## АСПЕКТИ ПЕРЕБУДОВИ КЛІТИННОГО СКЛАДУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У КУРЦІВ

Козуб Юлія Іванівна

Науковий керівник: доцент Гасюк Н.В.

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,

Тернопільський державний медичний університет імені

І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

## ASPECTS OF CHANGING CELL COMPOSITION OF SMOKERS' ORAL MUCOSA

Yulia Ivanivna Kozub

Scientific leader: N.V. Hasiuk, Assistant Professor

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry,

**Актуальність теми.** Напрацювання останніх років, дають можливість стверджувати, що тютюновий дим є одним з найпоширеніших поллютантів, що пов'язано з високим розповсюдженням даної шкідливої звички в усьому світі [J.L. Schwartz, 2003 P. Sethi, P. M. Shah, 2004]. У даний час куріння є масовою соціальною та психоемоційною проблемою, поширеною як серед чоловіків так і серед жінок. При тютюнопалінні відбуваються зміни твердих тканин зубів, слинних залоз, пародонта, а першочергово піддається впливу шкідливої звички слизова оболонка порожнини рота (СОПР) [Н.В. Гасюк, 2015].

Визначення цитологічних закономірностей диференціювання епітеліоцитів СОПР у курців дає можливість розробки цитологічних маркерів патогенезу патологічних процесів даної анатомічної локалізації і слугуватиме підґрунтям для оптимізації алгоритмів обстеження осіб вказаного контингенту.

**Мета дослідження.** Визначення цитологічних закономірностей диференціації епітеліоцитів СОПР у курців.

**Матеріали та методи дослідження.** Критерієм відбору осіб для обстеження був термін шкідливої звички, який не перевищував 1-3 роки. Матеріалом для дослідження слугував букальний епітелій, який забирали шпательом, із подальшим перенесенням на предметне скло та висушували при відкритому доступі повітря протягом 3-5 хвилин. Забарвлення матеріалу проводили за Романовським-Гімза, з подальшим мікроскопічним та морфологічним аналізом з урахуванням відсоткового співвідношення різних форм епітеліоцитів в нормі.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Клітинний склад цитограм щоки осіб-курців, представлений парабазальними ( $2,5 \pm 0,15$ ), проміжними ( $91,1 \pm 2,13$ ) і поверхневими клітинами ( $4,2 \pm 0,22$ ), а також роговими лусочками ( $2,2 \pm 0,11$ ). Відмічене вірогідне зменшення кількості як проміжних так і поверхневих епітеліоцитів та рогових лусочок. Вірогідною відмінністю у порівнянні із цитограмами ідентичної анатомічної ділянки осіб контрольної групи є поява парабазальних епітеліоцитів. Звертає на себе увагу наявність в цитограмах лейкоцитів. При цьому їх кількісний і якісний склад суттєво відрізняється від ідентичного у цитограмах в нормі. Візуалізуються, як нейтрофіли здатні до фагоцитозу, тобто здатні поглинати чужорідні мікробні та інші чинники, так і лейкоцити із частково або повністю лізованою цитоплазмою. Поверхневі клітини у цитограмах осіб обстеженого

контингенту характеризується великими розмірами цитоплазми, на тлі пікнотичного дрібного ядра, оточеного світлим перинуклеарним простором.

Аналізуючи клітинний склад цитограм, нами визначено наступне відсоткове співвідношення різних класів епітеліоцитів для осіб обстеженого контингенту, воно складає –  $(2,5 \pm 0,15)$ ,  $(91,1 \pm 2,13)$ ,  $(4,2 \pm 0,22)$ ,  $(2,2 \pm 0,11)$ .

Одержані дані не співпадають, як із відсотковим співвідношенням букальних епітеліоцитів [В.Л. Биков, 2014], так з встановленим нами відсотковим співвідношенням диференціації багатошарового плоского епітелію щоки осіб чоловічої статі молодого віку в нормі.

**Висновки.** Описаний нами тип цитограм відповідає цитоморфологічній картині хронічного катарального запалення – типового патологічного процесу, який виникає у разі ушкодження буккального епітелію травматичними агентами (в конкретному випадку нікотин – комплексна термічна та хімічна дія). За умов впливу нікотину на буккальні епітеліоцити, нам вдалося спостерігати, як якісні, так і кількісні зміни клітинного складу. Кількісні зміни проявляються у вигляді зміни відсоткового співвідношення епітеліальних клітин у вигляді достовірного зменшення проміжних, поверхневих клітин і рогових лусочок у порівнянні із контрольною групою, та появою парабазальних епітеліоцитів. Якісні зміни характеризуються зменшенням кількості еозинофільних гранул та еозинофільних структур у клітинах проміжного та поверхневого шарів, появою серед епітеліоцитів клітин із вакуолізованою цитоплазмою, та узурованими контурами плазмолем.

**Summary.** All the best developments of the last years make it possible to assert that tobacco smoke is one of the most common pollutants due to high prevalence of the harmful habit worldwide. Defining the cytological patterns of epithelial cells differentiation of smokers' oral mucosa allows developing the cytological markers of the pathogenesis of the pathological processes of the anatomical location and will form the basis for examining the algorithms optimization of the abovementioned persons. The criterion for selecting persons for examination was the period of having a bad habit with it not exceeding 1-3 years. Buccal epithelium was the material of the study. The Cellular structure cytogram of smokers' cheeks was presented by parabasal  $(2,5 \pm 0,15)$ , intermediate  $(91,1 \pm 2,13)$  and superficial cells  $(4,2 \pm 0,22)$  as well as horny scales  $(2, 2 \pm 0,11)$ .

Where there was a nicotine impact on the buccal epithelial cells, we were able to observe both qualitative and quantitative changes in the cell structure. Quantitative changes appear as changes in percentage of epithelial

cells in a significant reduction of intermediate cells and superficial horny scales compared to the control group and emergence of parabasal epithelial cells. Qualitative changes have a reduced number of eosinophilic granules and eosinophilic structures in the cells of intermediate and surface layers, emergence between epithelial cells with vacuolated cytoplasm and usuras plasmolemma contours.

ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ  
(ГІНГІВІТ, ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ)  
НА НАЯВНІСТЬ ДЕСТРУКТИВНО-ЗАПАЛЬНИХ  
ПРОЦЕСІВ У ОСІБ ВІКОМ ВІД 18-25 РОКІВ  
СЕРЕД МЕШКАНЦІВ М. УЖГОРОДА

Лінтур Катерина Михайлівна, Бордаш Анна Михайлівна, Воронова Анна  
Володимирівна

Науковий керівник : професор Фера Олександр Васильович  
Ужгородський національний університет  
Стоматологічний факультет  
Кафедра ортопедичної стоматології

FEATURES OF RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC TONSILITIS,  
DIABETES) FOR THE INFLAMMATORY-DESTRUCTIVE PROCESS IN  
PERSONS AGED 18 TO 25 YEARS AMONG UZHGOROD CITIZENS

K.M. Lintur, A.M. Bordash, A.V. Voronova  
Scientific leader: O.V. Fera, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Проблема захворювань пародонта є однією з провідних у сучасній стоматології, що пов'язано зі значним поширенням їх у людей різного віку, відсутністю методів до нозологічної діагностики та ефективних заходів профілактики і лікування. Генералізовані хвороби пародонта характеризуються неухильним прогресуванням запально-деструктивного процесу, що з віком призводить до повного руйнування утримувального апарата зубів і передчасної їх втрати . Серед них

розрізняють екзогенні та ендогенні фактори. А саме, до екзогенних відносять куріння, професійна гігієна зубів , чищення зубів , використання зубної нитки . А до ендогенних – гормональні , метаболічні , генетичні відхилення та порушення харчування, які впливають на розвиток захворювань пародонту .

**Мета дослідження.** Визначити вплив факторів ризику (гінгівіт, хронічний тонзиліт, фактор спадковості) на наявність деструктивно-запальних процесів тканин пародонта.

**Матеріали і методи дослідження.** В даній роботі була вивчена поширеність захворювань пародонта серед населення м. Ужгорода Закарпатської області . В ході дослідження проведено анкетування у осіб віком 18-25 років та аналіз екзогенних та ендогенних факторів, які впливають на виявлення наявності деструктивно-запальних процесів тканин пародонту. У гігієнічно-статистичному аналізі використовувались визначення коефіцієнтів кореляції, достовірності, Спірмена, репрезентативності та дисперсійний аналіз . Коефіцієнт кореляції – показник, який використовують для вимірювання щільності зв'язку між результативними і факторними ознаками у кореляційно-регресійній моделі за лінійної залежності. Коефіцієнт репрезентативності - властивість вибіркової сукупності відтворювати (досить точно відображати) характеристики генеральної сукупності. Дисперсійний аналіз являє собою статистичний метод аналізу результатів, які залежать від якісних ознак.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати проведеного кореляційного аналізу демонструють залежність симптомів від факторів. "Відсутність проведення професійної гігієни зубів": кровоточивість ясен (-0,085071269) – дуже слабка; рухливість зубів (-0,056144369) - дуже слабка; відкладення зубного каменю (-0,073128657) – дуже слабка; каріозне ураження зубів (0,06) – дуже слабка; некаріозні ураження зубів (0,008) – слабка.

"Чищення зубів": кровоточивість ясен (0,09) – дуже слабка; рухливість зубів (-0,10256046) - слабка; відкладення зубного каменю (-0,1) – дуже слабка; каріозне ураження зубів(-0,004) – дуже слабка; некаріозні ураження зубів (0,1) – слабка.

"Використання зубної нитки": кровоточивість ясен (-0,04) – дуже слабка; рухливість зубів (-0,04) - слабка; відкладення зубного каменю (-0,04) – дуже слабка; каріозне ураження зубів (0,02) – слабка; некаріозні ураження зубів (0,02) – дуже слабка.

"Шкідливі звички": кровоточивість ясен (1) – висока; рухливість зубів (0,2) - слабка; відкладення зубного каменю (0,1)– дуже слабка; каріозне

ураження зубів (0,05) – дуже слабка; некаріозні ураження зубів (0,1) – слабка.

"Кількість харчування на день": кровоточивість ясен (0,09) – дуже слабка; рухливість зубів (-0,1) - слабка; відкладення зубного каменю (-0,1) – слабка; каріозне ураження зубів (-0,04) – дуже слабка; некаріозні ураження зубів (0,1) – слабка.

"Вживання рослинної їжі": кровоточивість ясен (-0,08 ) – дуже слабка, обернена; рухливість зубів (-0,05) - слабка; відкладення зубного каменю (-0,07) – дуже слабка; каріозне ураження зубів (0,06) – дуже слабка, обернена; некаріозні ураження зубів (0,08) – слабка.

Проаналізувавши 145 анкетованих пацієнтів, 26% хворіють на цукровий діабет, 32% мають фактор спадковості, 39%- гінгівіт та 46% на хронічний тонзиліт.

**Висновки.** При дослідженні за допомогою критерію Стьюдента і коефіцієнта Спірмена ми однозначно можемо стверджувати, що до визначальних факторів , що впливають на формування та прояв патології можна віднести такі:

- Спадковий характер виникнення пародонтозу(0,2);
- Гінгівіт
- Захворювання на цукровий діабет, серця, печінки(0.04);
- Захворювання на хронічний тонзиліт ( ангіна) (0.05)

Для оцінки ступеня взаємозв'язку служить коефіцієнт кореляції.

З анкетованих нами людьми , можна проаналізувати за шкалою Чеддока , що інтерпретація у науковій роботі буде середня. Із даних нам захворювань, а саме гінгівіт, цукровий діабет, хронічний тонзиліт та спадковий пародонтоз, інтерпретація найвища буде на спадковому пародонтозі(0,2).

**Summary.** Periodontal diseases are one of the leading issues in modern dentistry due to its high incidence among people of all ages, the lack of preclinical diagnosis and an efficient prevention and treatment. Generalized periodontal diseases are characterized by a steady progression of the inflammatory-destructive process which leads with age to a complete destruction of the tooth retaining apparatus and premature loss. There are exogenous and endogenous factors, namely the exogenous ones include smoking, professional dental hygiene, brushing teeth and using dental floss. The endogenous factors include hormonal, metabolic, genetic disorders and malnutrition affecting the development of periodontal diseases.

ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ  
ІДЕНТИФІКАЦІЇ АДГЕЗИВНИХ СИСТЕМ  
У СУДОВІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Маруха Роман Юрійович

Науковий керівник: ст. викладач Костенко С.Б.

Кафедра ортопедичної стоматології, науково - дослідний центр судової  
стоматології, стоматологічний факультет  
Ужгородський національний університет  
м. Ужгород, Україна

LABORATORY EVALUATION OF SPECTROPHOTOMETRIC METHODS  
OF IDENTIFYING ADHESIVE SYSTEMS  
IN FORENSIC DENTISTRY

R. Yu. Maruha

Scientific leader: S.B. Kostenko, Senior Lecturer

Department of Prosthetic Dentistry, Scientific and Research Center of Forensic  
Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Сучасна стоматологічна галузь на стадії формування охорони здоров'я тісно пов'язана з судово-медичними та правовими аспектами оцінки якості надання стоматологічної допомоги населенню. Висока поширеність карієсу (94-96%) за даними Савичук Н.О., Мельник В.С., Казакової Р.В. [2012] зумовлює потребу в лікуванні. Розвиток матеріалознавства обумовлює лікарів до використання бонд - систем 4,5,6 та 7 поколінь, що володіють високими адгезивними властивостями. Проте аналіз літературних джерел свідчить про найбільшу кількість позовів пов'язаних із неякісним наданням стоматологічної допомоги: випадіння пломби, сколи реставрації, утворення вторинного карієсу та ін.. В позовах постає питання з метою визначення вартості стоматологічних послуг, визначення фальсифікату та якості надання стоматологічної допомоги. Тому існує необхідність у впровадженні достовірних методів ідентифікації у стоматології та судовій медицині.

**Мета дослідження.** Розробка спектрофотометричних методів ідентифікації адгезивних систем для обґрунтування доказової бази в стоматології та судовій медицині.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилося на кафедрі оптичної фізики УжНУ, стоматологічного факультету та науково-навчального центру судової стоматології. В експерименті

використовували спектрофотометричну установку на базі спектрофотометра СФ – 4 та представнів основних поколінь адгезивних систем: Prime&Bond NT (Dentsply), OptiBond Solo Plus (Kerr), ForBond (CromDental), Single Bond Universal (3M), Adper Single Bond (3M), Tetric N Bond Self Tech (Ivoclar).

**Результати дослідження та їх обговорення:** В ході дослідження, за допомогою спектрофотометра було виміряно коефіцієнти пропускання, поглинання та відбивання світла через досліджувані зразки. В процесі експерименту встановлено, що є різниця між спектрами пропускання, відбивання та поглинання світла адгезивними системами різних поколінь. Ідентифікація по спектрах пропускання, відбивання та поглинання є можливою.

**Висновки.** Використання вдосконалених методів спектрофотометрії дозволяє проводити ідентифікацію адгезивних систем різноманітних поколінь здатних пропускати, відбивати та поглинати світлові хвилі в діапазоні (400-700 нм.) Це в свою чергу дає можливість проводити ідентифікацію адгезивних систем у стоматологічній практиці, судовій стоматології та судово-медичній експертизі.

**Summary.** The Article is a theoretical argumentation for photospectroscopy measuring methods which can be used in forensic dentistry when identifying the major adhesive systems of different generations, including: Prime&Bond NT (Dentsply), OptiBond Solo Plus (Kerr), ForBond (CromDental), Single Bond Universal (3M), Adper Single Bond (3M), Tetric N Bond Self Tech (Ivoclar).

## ОПТИМІЗАЦІЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ВЕРХІВКОВИХ ПЕРІОДОНТИТІВ КОНСЕРВАТИВНИМ МЕТОДОМ

Присяжнюк Олена Миколаївна

Науковий керівник: доцент Гасюк Н.В.

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені  
І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

# OPTIMIZING EFFICIENCY OF TREATING DESTRUCTIVE FORMS OF GRANULOMATOUS PERIODONTITIS BY A CONVENTIONAL METHOD

Olena Mykolaiivna Prysiazhniuk

Scientific leader: N.V. Hasiuk, Professor

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry

Horbachevsky Ternopil State Medical University at the Ministry of Health of  
Ukraine State Higher Education Institution, Ternopil, Ukraine

**Актуальність теми.** Проблема ефективності лікування хронічних верхівкових періодонтитів є одним із важливих і не повністю вирішених завдань терапевтичної стоматології (А.К. Ніколішин, Ю.В. Сідаш 2011). Це пов'язано зі значною розповсюдженістю даного захворювання, технічною складністю лікарських маніпуляцій, великим відсотком незадовільних результатів під час лікування (О.В. Палій, 2010). Основним завданням ендодонтичного лікування є максимальне знешкодження патогенної мікрофлори, усунення запального процесу та obturaція системи корневих каналів. Відомі методи лікування хронічних періодонтитів антибактеріальними препаратами, але клінічний досвід використання цих методів лікування засвідчує суттєві негативні сторони даних медикаментозних препаратів: утворення стійких до дії антибіотиків форм мікроорганізмів, а також адаптацію мікрофлори до фармакологічних препаратів (А.П. Білоус, 2012). Повноцінне відновлення функції зуба та репаративних процесів у періодонті не можливе без препаратів які регулюють запальний процес шляхом бактерицидної дії на мікрофлору корневих каналів.

**Мета дослідження.** підвищення ефективності лікування гранулематозного періодонтиту із застосуванням пасти для тимчасової obturaції корневих каналів.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 15 пацієнтів, у яких було діагностовано хронічний гранулематозний періодонтит. Всім хворим проведено препарування та іригацію корневих каналів за методикою Crown-Down та проведено obturaцію силером для тимчасового пломбування «Abscess remedy» під герметичну пов'язку. В друге відвідування, яке заплановано через 1 місяць, проводили рентгенологічне обстеження із метою контролю за якістю obturaції.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На основі суб'єктивних методів дослідження, а саме відсутність відчуття тяжкості, напруження та болі в зубі при накушуванні, об'єктивних методів – відсутність змін слизової оболонки в проекції верхівки кореня. На основі

внутрішньоротової контактної рентгенографії та комп'ютерної фізіографії дійшли наступного висновку: вогнища деструкції в проекції верхівок коренів обстежених зубів, які проліковані із застосуванням запропонованого силеру, зменшилися в діаметрі та замістилося кістковою тканиною. Структура кісткової тканини по периферії вогнища характеризується рентгенологічною картиною остеосклерозу.

**Висновки.** Результати проведених нами досліджень підтверджують ефективність застосування пасти «Abscess remedy» та дозволяють рекомендувати в якості силера для тимчасової obturaції при лікуванні гранулематозного періодонтиту.

**Summary.** Finding an effective treatment of chronic apical periodontitis is an important issue which is not completely solved in therapeutic dentistry. A complete tooth functional recovery and the periodontal reparative processes are impossible without drugs regulating the inflammatory process and bactericidal impact on the microflora of root canals. The study has involved 15 patients diagnosed with chronic granulomatous periodontitis. All patients underwent dissection and irrigation of root canals according to the Crown-Down technique and obturation was done with the help of sealers for a temporary filling of “Abscess Remedy” with a tight bandage. During the second visit scheduled in 1 month, X-ray examination was conducted for the purposes of obturation quality control. The results of our study confirm the efficacy of paste “Abscess Remedy” and allow recommending it as a temporary obturation sealer for the treatment of granulomatous periodontitis.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТЕРАПІЇ У  
ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ  
НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ІЗ НЕЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ  
ПРОТЕЗАМИ

Рошук Олександра Ігорівна

Науковий керівник: Беліков Олександр Борисович – професор,  
доктор медичних наук,

EFFICIENCY OF ANTIOXIDANT THERAPY WHEN TREATING  
INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES IN PATIENTS WITH  
PEPTIC ULCER WITH FIXED DENTURES

Roshchuk Oleksandra Ihorivna

Scientific leader: Belikov Oleksandr Borysovych, Professor,  
Doctor of Medical Sciences

Department of Orthopedic Dentistry, Bukovinian State Medical University,  
Chernivtsi, Ukraine

**Актуальність теми.** За умов наявності незнімних метало-вмісних зубних протезів (НМЗП) у хворих на виразкову хворобу (ВХ) шлунка та ДПК у процесі наших досліджень та згідно з даними літератури встановлені значна інтенсивність оксидативного стресу, ендотоксикозу та істотний дисбаланс антиоксидантної системи, які відіграють значну роль у розвитку та поглибленні наявних запальних захворювань пародонта.

**Мета дослідження.** Встановити ефективність застосування глутатіону відновленого (ГВ) в комплексній терапії супроводу ВХ за наявності незнімних металовмісних протезів зубів шляхом дослідження інтенсивності оксидативного та нітрозитивного стресу, інтоксикації та стану чинників протиоксидантного захисту у крові та у ротовій рідині.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 45 хворих на ВХ із НМЗП. Для визначення ефективності лікування було сформовано 3 групи пацієнтів: 1-а група (14 осіб), яка крім традиційної терапії ВХ та санації ротової порожнини отримувала вітамін Е (100 мг, 1 р/д, 30 днів); 2-а група (16 осіб) – ГВ (гепавал – 250 мг, 1 р/д, 30 днів); 3-я група хворих (15 осіб) отримувала ГВ (гепавал – 250 мг, 1 р/д, а також місцево по 250 мг ГВ у вигляді аплікації на ясна 1 р/д, 30 днів). У всіх пацієнтів вивчали показники стоматологічного статусу, вміст у ротовій рідині та крові молекулярних продуктів пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ), стабільних метаболітів NO та вміст у крові ГВ.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Наслідком реалізації протиоксидантної дії ГВ є більш значне вірогідне зменшення показників вмісту продуктів ПОЛ у ротовій рідині, особливо у хворих 3 групи уже на 30-й день лікування ( $p < 0,05$ ). Вміст малонового альдегіду у ротовій рідині у хворих 2-ї та 3-ї груп були вірогідно нижчими (відповідно на 32,9% та 46,2% ( $p < 0,05$ )), як у порівнянні з показником до лікування, так і у порівнянні з показником у хворих 1-ї групи ( $p < 0,05$ ). У хворих 1-ї групи

встановлено зниження вмісту дієнових кон'югатів у 1,2 рази ( $p < 0,05$ ), 2-ї групи - у 1,6 рази ( $p < 0,05$ ), 3-ї групи - у 1,8 рази у порівнянні з показником до лікування ( $p < 0,05$ ). У хворих 2-ї та 3-ї груп спостерігалось більш значне вірогідне зростання вмісту ГВ в еритроцитах (в 1,7 рази ( $p < 0,05$ )) із фактичною нормалізацією показника у порівнянні із 1-ю групою, де показник зріс у 1,2 рази ( $p < 0,05$ ), але нормативних значень не досяг. При дослідженні інтенсивності нітрозитивного стресу нами було встановлено ще більш інтенсивне, ніж у ротовій рідині, вірогідне зниження вмісту нітритів/нітратів у крові під впливом ГВ у хворих 2-ї та 3-ї груп: відповідно у 1,6 та 1,8 рази ( $p < 0,05$ ) у той час, як у 1-й групі зниження склало 1,2 рази ( $p < 0,05$ ). Зазначений факт зниження метаболічної інтоксикації під впливом ГВ можна пояснити системним детоксикаційним ефектом ГВ, оскільки він є головним суб'єктом, що забезпечує другу фазу природної детоксикації ксенобіотиків та ендотоксинів у печінці.

**Висновки.** Застосування препарату глутатіону відновленого (гепавал) у комплексній терапії хворих на виразкову хворобу шлунка та ДПК із наявністю незнімних металовмісних протезів є вірогідно ефективнішим у порівнянні із застосуванням природних протиоксидантів (вітамін Е) щодо відновлення балансу оксидантно-протиоксидантної системи внаслідок усунення негативного впливу незнімних металовмісних протезів, зниження інтенсивності нітрозитивного стресу та метаболічної інтоксикації.

**Summary.** We have studied the issue of the efficiency of restoring glutathione (hepaval) when treating patients with gastric and duodenal ulcer in the presence of fixed metal prostheses. It has been established that using hepaval is significantly more effective as compared to the effect of vitamin E when it is necessary to slow down lipid peroxidation processes as it restores the activity of the natural system antioxidant protection and detoxification factors with a potential reduction in oxidative and nitric oxide-induced stress markers, metabolic intoxication and elimination of negative, prooxidant influence of fixed metal dentures.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМУВАННЯ ФІЗІОЛОГІЧНИХ  
ТА ПАТОЛОГІЧНИХ ТИПІВ ПРИКУСУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД  
ЕНДОГЕННИХ І ЕКЗОГЕННИХ ЧИННИКІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ  
ВІКОМ ВІД 6 ДО 18 РОКІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Савко Є.Ю.

Науковий керівник: проф. Фера. О.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет

Ужгородський національний університет

м. Ужгород, Україна

GENERAL DESCRIPTION OF PHYSIOLOGICAL AND PATHOLOGICAL  
OCCLUSION FORMATION DEPENDING ON ENDOGENOUS AND  
EXOGENOUS FACTORS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AGED 6  
TO 18 YEARS IN TRANSCARPATHIAN REGION

E.Y. Savko

Scientific leader: O.V. Fera, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry

Uzhhorod National University

Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Фізіологічні прикуси у дітей та підлітків позитивно впливають на розвиток щелепо-лицевої ділянки, але його можливі подальші патологічні видозміни можуть негативно впливати на організм людини. Патологічні види прикусу спричиняють появу дефектів зубів і зубних рядів, захворювання тканин пародонту, розлади функціонування скронево-нижньощелепного суглоба на тлі тривалої травматичної оклюзії. Усе це призводить до вторинної деформації зубного ряду й ускладнює клінічну картину щелепо-зубових аномалій, зокрема, ускладненим нашаруванням низки загально-соматичних і стоматологічних проблем.

**Мета дослідження.** Дослідити епідеміологію виникнення патологічних типів прикусу, а також проаналізувати їх етіологію серед населення Закарпатської області.

**Матеріали і методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети було проведено стоматологічне обстеження, анкетування та обробка медичних карток (форма 043/о) у 883 осіб, віком від 6 до 18 років.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При медико-статистичній обробці даних було проаналізовано що такі фактори як: стан здоров'я, звернення до ЛОРа та проблеми з ЛОР-органами, скарги на момент звернення, проблеми матері під час вагітності, інфекційні чи вірусні захворювання, шкідливі звички, кількість прийомів їжі на день,

частота чищення зубів, використання допоміжних засобів під час чищення зубів в загальному слабко або навіть дуже слабко впливають на формування типів прикусу, але у віковій категорії 15-18 років було виявлено дуже сильний обернений взаємозв'язок з ортогнатичним типом прикусу. До факторів які з середньою силою впливають на формування прикусів можна віднести такі: травми щелепо-лицевої ділянки, термін використання пустушки, але для таких патологій як відкритий і перехресний прикус всіх вікових категорій довготривале використання пустушки (більше 2 років), сильно впливало на їх формування. Сильно ж впливають такі фактори як «частота вживання твердих харчових продуктів» і тип вигодовування особливо на розвиток відкритого та перехресного прикусу. Щодо частоти звернень до лікаря-ортодонта можемо сказати що дефект щелепо-лицевої ділянки спонукає до звернення до лікаря, що і зумовило таке велике значення коефіцієнта.

**Висновки.** Було проведено аналіз розповсюдження типів прикусу серед населення Закарпатської області, а саме дітей та підлітків віком від 6 до 18 років, ми провели опитування, обстеження та анкетування всіх пацієнтів. Результатами наших досліджень що на формування типів прикусу найбільше впливають такі фактори впливу як: «частота вживання твердих харчових продуктів», «термін використання пустушки» і «тип вигодовування».

**Summary.** People have even teeth and a correct bite not only for beauty but, first of all, to chew food efficiently. Poorly chewed food can cause diseases of the gastrointestinal tract because the necessary ingredients are poorly assimilated, and it can also mechanically injure the stomach. This is especially important for children. The lack of necessary substances adversely affects the development of the child's nervous system and the health of a child in general. In adults occlusion pathology may complicate prosthetics and make the aesthetic restoration of teeth impossible and cause headache and malaise.

ОДОНТОГЛІФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗУБІВ ЖУВАЛЬНОЇ ГРУПИ У  
ДІТЕЙ ЗАКАРПАТТЯ ВІКОМ 12-15 РОКІВ

Федевич Марія Олегівна

Науковий керівник: Клітинська О.В. - к. мед. наук, професор,  
Кафедра стоматології дитячого віку, Ужгородський національний  
університет, Ужгород, Україна.

## ODONTOGLYPHIC FEATURES OF THE PERMANENT TEETH IN TEENAGERS AGED 12 AND 15 YEARS IN TRANSCARPATHIAN REGION

M.O. Fedevych

Scientific director: O.V. Klitynska, Candidate of Medical Sciences, Professor,  
Uzhhorod National University State Higher Education Institution, Uzhhorod,  
Ukraine

**Актуальність теми.** Результати епідеміологічних досліджень, проведених в Закарпатській області, свідчать про збільшення поширеності та інтенсивності проявів основних стоматологічних захворювань, зокрема за даними О.В. Клітинської (2014 р.), поширеність карієсу постійних зубів 12 – річних дітей в даній природній зоні становить  $91,4 \pm 2,3\%$ , при інтенсивності  $11,3 \pm 0,1$ , що зумовлює актуальність профілактики даного захворювання. Відомо, що спадковість має вплив на локалізацію каріозних уражень постійних зубів, проте доведено, що фтор та інші екзогенні чинники не впливають на локалізацію процесу. Фактори харчування і зовнішнього середовища обумовлюють інтенсивність. Одонтологічні дослідження виявили регіональні, статеві та конституційні особливості зубо-щелепної системи. Будова молярів відрізняється різноманіттям форм та розмірів, але деякі закономірності будови, риси, мають міжгруповий та міжетнічний характер. За даними Клітинської О.В., (2015р.) у дітей ромської етнічної групи, з незадовільною гігієною порожнини рота та ортодонтичною патологією, поширеність карієсу є достовірно нижчою, з переважанням компенсованих форм активності, ніж у дітей змішаних етнічних груп. Саме тому, постало питання вивчення будови зубів у дітей різних етнічних груп. Вивчення етнічної одонтології зубів, ізольованих етнічних груп, відкриває нові можливості в сучасній стоматологічній науці і носить не тільки порівняльний характер, але і дозволяє з'ясувати приналежність того чи іншого фену до певної етнічної групи та визначити спадковість ознаки і її внутрішньо видовий характер.

**Мета дослідження.** Оцінити одонтологічні особливості зубів жувальної групи за даними літературних джерел.

**Матеріали та методи дослідження.** Літературні джере-ла вітчизняних та закордонних авторів у кількості 86.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Питання фісурного карієсу постійних молярів є головним у дитячій карієсології, тому що ураження цієї локалізації по частоті виникнення знаходяться на першому місці серед усіх уражень постійних зубів у дітей (Л.А. Хоменко, Е.С. Кононович, 1997; М.И. Грошиков и соавт., 1982; L.W. Ripa, 1985; Э.М. Кузьмина и соавт., 1997; Levis. W. Donald, Ismail I. Amid, 2000). Найбільш часто серед жувальної групи зубів уражаються перші моляри (А.Ж. Есимов, 1991; М.М. Руденко, 1992; Г.А. Котов и соавт., 1998). Багато дослідників пов'язують це з особливостями анатомічної форми фісур, а також зі складністю їх малюнка (С.А. Зверева, 1952; С.М. Ремизов и соавт., 1995; С.Й. Кухта, Г.Р. Демчина, 1998). Деякі автори вказують на те, що у виникненні фісурного карієсу також відіграє роль кількість ямок злиття міжгорбкових фісур, оскільки вони є найбільш сприйнятливими до карієсу точками (И.А. Бальчюнене, Б.К. Омишкявичене, 1985; Т.В. Вилова, 1992). Суперечливість оцінок ролі цих факторів у літературі дала підстави для їх вивчення, оскільки простота їх використання обіцяє практичну цінність у тактиці профілактичної роботи.

Так, А.А. Зубов, Л.Т. Левченко, Ю.А. Беляков, (1981), та И.А. Бальчюнене (1985), М. Brucker (1944), Н. Nota, К. Igan, N. Kanon, (1990), відзначали, що резистентність залежить від морфологічних ознак зубів: зближення точок впадання борозен у центральну ямку, редукція метаконуса, гіпоконуса, підвищення частоти наявності горбка Карабеллі та утворення борозенкового візерунку Х- та Y-типу. У осіб, резистентних до карієсу, більш архаїчна будова жувальної поверхні першого верхнього моляра, а у пацієнтів з множинним карієсом – сильніше виражені, порівняно «молоді» еволюційно, варіабельні особливості будови верхніх молярів. Згідно даних (Гасюк А.П., 2001) найчастіше зустрічаються +4, та Y-5 одонтогліфічні малюнки. Найбільш вразливими до розвитку карієсу є моляри з Y-5 (ігрек 5) малюнком, це коли діаконус або дистостиль контактує з епіконусом, тобто дистальним гребенем тригону, та +4 (плюс 4) рельєфом поверхні коронки, це коли еоконус контактує з епіконусом, центральним гребенем.

**Висновки.** Аналіз індивідуальних особливостей будови зубів, наявність даних по одонтології і одонтогліфіці різних етнічних груп, дозволять на ранніх стадіях розробити індивідуальний підхід та провести профілактичні заходи, з урахуванням особливостей умов та місця проживання, які сприятимуть подальшому збереженню фізіологічного стану не тільки зубо-щелепної системи, але і організму в цілому.

**Summary:** The article addresses certain odontoglyphic and odontology peculiarities of children's permanent teeth, ways of recovering from teeth and

jaw diseases, taking into account the peculiarities of their structure in different ethnic groups.

## МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛЮФЛІЗОВАНОЇ КСЕНОДЕРМИ СВИНІ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН

Чарківський Тарас Юрійович

Науковий керівник: Нагірний Ярослав Петрович, д. мед. н., професор,  
Кафедра хірургічної стоматології, стоматологічний факультет,  
Тернопільський Державний медичний університет  
ім. І. Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна

## POSSIBILITIES OF APPLYING LYOPHILIZED PORCINE SKIN IN GINGIVAL RECESSION TREATMENT

Charkivskiyi Taras Yuriyovych

Scientific leader: Ya.P. Nahirnyi, Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Department of Surgical Dentistry, Faculty of Dentistry, Horbachevsky Ternopil  
State Medical University, Ternopil, Ukraine

**Актуальність теми.** Рецесія ясен – патологічний процес, що супроводжується зниженням рівня ясенного краю та оголенням кореня зуба. Основними причинами розвитку ясенних рецесій є мала глибина присінку ротової порожнини, значна кількість зубного нальоту та каменю, аномалії прикусу та розташування зубів, травми ясен. На даний час хірургічний метод є основним в лікуванні даної патології. До нього відносять пересадку вільних блоків тканин, застосування клаптя на ніжці, методики направленої тканинної регенерації із застосуванням мембран. Однак, більшість з вищезгаданих методик передбачають додаткову хірургічну травму внаслідок забору аутотрансплантату чи видалення мембрани яка не резорбується. Тому пошук нових методів і способів лікування є на сьогоднішній день актуальною проблемою.

**Мета дослідження.** Дослідити клінічну ефективність застосування ксеноімплантатів дерми свині в якості мембрани при відновленні ясен за методикою направленої тканинної регенерації.

**Матеріали і методи дослідження.** Технологія виготовлення ліофілізованих ксенодермоімплантатів розроблена проф. Бігуняком В. В. (ТОВ «Інститут біомедичних технологій», м. Тернопіль). Вказана технологія на даний час впроваджена в промислове виробництво ксенодермоімплантатів в Україні (держ. реєстр. № 1967/2003). Методика операції: під місцевою анестезією проводили внутрішньоборозенний розтин ясен в ділянці уражених зубів з подальшим відшаруванням слизово-окісного клаптя. Мембрани з ліофілізованої дерми свині, товщиною від 0,6 до 1,0 мм, надано форму яка відповідає операційному полю. Шовним вікрилом 6-0 до окістя фіксовано ксеномембрану. Накладено одиночні вузликові шви на слизовий клапоть. Через 7 діб знімали фіксуючі шви. Рани загоювалися первинним натягом, слизова блідо-рожевого кольору, що означає добру васкуляризацію клаптя і стан тканин під ним.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Після операції за пацієнтами проводилось спостереження протягом 3 місяців. Проведений об'єм досліджень свідчить про стабілізацію патологічного процесу, відсутність подальшого прогресування рецесій ясен. Даний результат є аналогічний такому при використанні синтетичних мембран, що резорбуються, при операціях репозиції ясен. Такі дані, враховуючи відносну дешевизну та доступність мембран з ліофілізованої дерми свині, свідчать про можливість її застосування при лікуванні ясенних рецесій.

**Висновки.** Кріоліофілізовані ксеноімплантати з дерми свині можна успішно застосовувати в якості мембран при операціях репозиції ясен за методикою направленої тканинної регенерації.

**Summary:** Lyophilized porcine skin xenoimplants have been successfully used in gingival recession treatment. Six patients have undergone the operation featuring guided tissue regeneration method with lyophilized xenoimplants used as resorptive membranes. This treatment method has several advantages, namely the absence of additional surgical manipulations; strength, flexibility, simplicity of use and the low cost of lyophilized porcine skin membranes.

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН  
ЗУБІВ ЖУВАЛЬНОЇ ГРУПИ МАТЕРІАЛОМ  
ПОЛОФІЛ СУПРА, VOCO, НІМЕЧЧИНА  
Шевєря С.М.

Науковий керівник: О.В.Клітинська – к.мед.н., професор,  
Кафедра стоматології дитячого віку  
Ужгородський національний університет,  
м. Ужгород, Україна

FEATURES OF RECOVERING DENTAL HARD TISSUES OF CHEWING  
TEETH WITH MATERIAL POLOFIL SUPRA, VOCO, GERMANY  
S.M. Sheveria

Scientific leader: O.V. Klitynska, Candidate of Medical Sciences, Professor,  
Department of Pediatric Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Практикуючі стоматологи-терапевти обирають реставраційні матеріали за багатьма критеріями, які забезпечують якість та довговічність проведеного відновлення, забезпечуючи надійний стійкий естетичний ефект. Не останню роль відіграють і зручність в роботі, тобто пакуємість або текучість матеріалу тобто його тиксотропність, відсутність прилипання до інструментів, повинен легко вноситися у порожнину зуба, полімеризуватися не тривалий час, легко поліруватися до блиску здорового зуба, та мати мінімальну об'ємну усадку.

При поєднанні усіх вищезгаданих властивостей та достатньої кваліфікації лікаря можливо досягнути надійного естетичного і функціонального результату реставрацій, який зберігається на тривалий час.

**Мета дослідження.** Визначити особливості відновлення твердих тканин зубів жувальної групи матеріалом Полофіл Супра, Voco, Німеччина.

**Матеріали і методи дослідження.** Матеріалом для нашого дослідження було вибрано композитний матеріал Полофіл Супра, Voco, Німеччина.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Полофіл Супра являється рентгенконтрасним композитним матеріалом світлового тверднення, та завдяки мікротонкій системі супранापовнювача є універсальним, що дозволяє його застосовувати для відновлення фронтальних та бічних зубів а також для виготовлення вкладок. 60 % об'єму, що відповідає 76,5 % маси складають неорганічні

мікронаповнювачі, розміром 0,05 мкм) та найдрібніші частинки наповнювача (0,5 - 2 мкм). Полофіл Супра характеризується високою стабільністю та кольоростійкістю, випускається в практичних шприцах 7 кольорів. Область застосування: пломбування дефектів усіх класів, відновлення травматичних уражень фронтальних зубів, дисколорити та корекція форми фронтальних зубів для кращої естетики, шинування рухомих зубів, інвазивна герметизація фісур зубів, моделювання культі коронкової частини зубів перед подальшим протезуванням.

Етапи роботи включають:

1. Очищення поверхні зуба пастою без фтору з подальшим визначенням кольору згідно шкалі, яка виготовлена з оригінального матеріалу, що відповідає кольору поставленої та фотополімеризованої пломби, і дозволяє уникнути помилок з визначенням кольору. Для кращої відповідності зуба шкалу слід зволожити. Доцільно застосування кофердаму.

2. Препарування порожнин здійснюється згідно правил адгезивної техніки пломбування. Для досягнення оптимальної герметичності крайового прилягання та при відновленні кутів коронки зуба обов'язковим є застосування адгезивної техніки.

3. У випадку роботи в межах навколопульпарного дентину слід застосовувати лікувальні прокладки з гідроксидом кальцію, наприклад Кальцимол, Voco, Німеччина.

4. Бонд систему слід застосовувати згідно інструкції застосування.

5. Аплікувати матеріал безпосередньо в порожнину, товщиною 2 мм та фотополімеризувати його впродовж 40с, використовуючи галогенові лампи, потужністю не менше 500 мВт/см<sup>2</sup>, або світлодіодні лампи (LED-лампи) потужністю не менше 300 мВт/см<sup>2</sup>. Глибина тверднення складає в залежності від кольору 2 – 5 мм при 60 секундах опромінення. Під збереженою емаллю товщиною біля 1мм глибина тверднення прозорих кольорів становить 2 - 3 мм.

6. Шліфування та полірування пломби здійснюється безпосередньо після видалення формуютьорюючих допоміжних пристроїв із застосуванням охолодження тонкими алмазними полірами, полірувальними дисками.

7. Після завершення обробки потрібно провести фторування країв пломби, або усього зуба повністю, використовуючи безколірний Біфлюорид-12, Voco, Німеччина.

**Висновки.** Для відновлення втрачених твердих тканин зубів жувальної групи доцільно застосовувати фотокомпозиційні матеріали, які відповідають наступним вимогам: міцність, естетичність, тиксотропність,

легкість у роботі, мінімальна об'ємна усадка, адекватне полірування. Матеріал Полофіл Супра, Voco, Німеччина в тій чи іншій мірі наближений до даних вимог, що дозволяє застосовувати його в практиці лікаря-стоматолога.

**Summary.** The article analyzes thoroughly the use of modern composite material Polofil, VOCO, features of its application, its advantages and disadvantages as compared to the more costly ones of the group nano-filled composites and hybrids being the clinical examples of restoring the anatomical integrity of dental hard tissues.

ПЕРЕВАГИ ПОСТУПОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ  
ОСТЕОІНТЕГРОВАНИХ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ В УМОВАХ  
НЕДОСТАТНЬОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ.

Біда О. В., Забуга Ю. І.,

Біда О. В., Михальчук О. Б.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,

Інститут стоматології, Кафедра стоматології

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Інститут стоматології, Кафедра ортопедичної стоматології,

м. Київ, Україна

BENEFITS OF GRADUAL LOADING OF DENTAL IMPLANTS IN LOW  
BONE DENSITY

O.V. Bida, Yu.I. Zabuga, O.V. Bida, O.B. Mihalchuck

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Institute of Dentistry, Department of Dentistry

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Institute of Dentistry, Department of Prosthodontics

Ukraine

**Актуальність теми.** Протягом останніх років, незважаючи на стрімкий розвиток сучасних технологій профілактики та лікування захворювань твердих тканин зубів та захворювань тканин пародонту, спостерігається збільшення кількості осіб, які потребують заміщення дефектів зубних рядів. Слід зауважити, що за останній час відмічена

тенденція до зростання кількості часткових дефектів зубних рядів серед осіб молодого й середнього віку. Потреба в заміщенні дефектів зубних рядів складає 70-80 % від загальної кількості дорослого населення (Павленко О.В. та співавт., 1988; Лабунець В.А., 2012). За останні 20 років, дентальна імплантологія займає вагоме місце в практичній стоматології серед багатьох варіантів заміщення дефектів зубних рядів. За даними літератури, рівень успішної остеоінтеграції встановлених дентальних імплантатів сягає 90-98 %, причому як один з факторів, обумовлюючих ускладнення, розглядається недостатня щільність периімплантантної кісткової тканини. Разом з тим, вагомого значення набувають питання профілактики ускладнень дентальної імплантації, пов'язані з втратою кісткової тканини навколо дентальних імплантатів, що обумовлює скорочення як терміну їх служби, так і терміну користування ортопедичними конструкціями з опорою на дентальні імплантати.

**Мета дослідження.** Підвищення ефективності ортопедичного лікування пацієнтів з включеними дефектами зубних рядів незнімними конструкціями зубних протезів з опорою на дентальні імплантати в умовах недостатньої щільності кісткової тканини.

**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення мети і вирішення поставлених завдань нами було обстежено за допомогою клінічних та спеціальних методів дослідження 49 пацієнтів віком від 30 до 44 років з включеними дефектами зубних рядів на верхній щелепі, з давністю їх утворення не більше одного року. При формуванні рандомізованої вибірки до групи дослідження було включено пацієнтів з урахуванням наступних критеріїв:

- включені дефекти зубних рядів у бічних відділах зубного ряду; - давність утворення дефекту не більше одного року; - відсутність генералізованого пародонтиту; - достатній об'єм кісткової тканини (12-15мм) та відсутність показань до кісткової аугментації; - щільність кісткової тканини 350-850 одиниць Hounsfield, відповідно D3 за C.Misch; - відсутність шкідливих звичок (паління); - можливість подальшого спостереження за пацієнтом; - коефіцієнт стабільності імплантату за Isq Osstell через 6 місяців після першого хірургічного етапу на рівні 50-60 одиниць. Пацієнтам було встановлено 58 дентальних імплантатів фірми Vego довжиною 10 мм та діаметром 4,1 мм. Після 6 місяців періоду остеоінтеграції усіх пацієнтів було розподілено на дві групи відповідно до вибору протоколу навантаження постійними ортопедичними конструкціями. До пацієнтів першої групи увійшло 23 особи (25 дентальних імплантатів). Пацієнтам першої групи було виготовлено 25

одиначних металокерамічних коронок через два тижні після встановлення формувачів ясен. Оклюзійні співвідношення були вивірені таким чином, щоб контакт зуб-імплантат виникав лише після сильного змикання зубних рядів. Контакти в ділянці зуб-імплантат були пришліфовані на оклюзійному папері 200 мкм. До пацієнтів другої групи було віднесено 26 осіб (33 дентальних імплантата). Пацієнтам цієї групи було запропоновано та проведено протезування за наступним протоколом: формувач ясен встановлювався терміном на 1 міс., через 1 місяць встановлювали абатмент з тимчасовою пластмасовою коронкою поза оклюзією, далі на 1 місяць виготовляли тимчасову коронку, яка сприймала оклюзійне навантаження, і на заключному етапі фіксували постійну металокерамічну коронку з оклюзійними співвідношеннями як у пацієнтів першої клінічної групи. Комп'ютерна томографія була проведена на апараті Planmeca 3D з метою визначення щільності та об'єму кісткової тканини як по всій довжині дентального імплантату, так і в ділянці гребня альвеолярного відростка, оскільки відомо, що найбільший стрес кістки під час трансформації жувального навантаження відбувається саме в цій ділянці. При плануванні дентальної імплантації знімок робили всієї щелепи, а для подальшого дослідження виконували локальні томограми розміром 50 x 55 мм. Втрата кістки вимірювалась від рівня платформи з проксимальної сторони імплантату. Для визначення ступеня первинної стабільності імплантата, а також ступеню остеоінтеграції було застосовано прилад Isq Osstell.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз результатів проведених досліджень вказує на достовірні відмінності рівня кісткової тканини навколо остеоінтегрованих дентальних імплантатів залежно від протоколу ортопедичного навантаження ( $p < 0,05$ ). Так, у пацієнтів першої клінічної групи втрата кісткової тканини через 4 місяці після виготовлення ортопедичних конструкцій в ділянці гребня альвеолярного відростку складала  $0,65 \pm 0,016$  мм, що достовірно більше за показник другої клінічної групи, що складав  $0,29 \pm 0,013$  мм ( $p < 0,05$ ). Схожа тенденція була відмічена через 8 та, особливо, 12 місяців після фіксації постійної ортопедичної конструкції. Через 12 місяців у пацієнтів першої групи рівень втрати кісткової тканини склав  $1,1 \pm 0,03$  мм, тоді як у пацієнтів другої групи з часом не відмічалось достовірного зниження рівня кісткової тканини - показники залишалися стабільними.

**Висновки.** Виходячи з результатів дослідження, можна зробити висновок, що існує взаємозв'язок між терміном початку навантаження та ступенем втрати періімплантантної кісткової тканини в умовах її недостатньої щільності. Поступове навантаження на дентальний

імплантат сприяє збереженню сталої кількості кістки навколо нього та пролонгації терміну служби ортопедичної конструкції загалом, в умовах недостатньої щільності кісткової тканини, що підтверджується суттєвою різницею показників втрати кісткової тканини в ділянці гребня альвеолярного відростку у пацієнтів першої та другої групи -  $0,65 \pm 0,016$  мм проти  $0,29 \pm 0,013$  мм ( $p < 0,05$ ) через 4 місяці після виготовлення ортопедичних конструкцій та стабільністю показників у пацієнтів другої групи у більш віддалені терміни.

**Summary.** A gradual load on dental implant contributes to maintaining a stable bone around it and prolonging the life of orthopedic constructions generally, especially in low bone density, as evidenced by significant differences in bone loss in the area of alveolar ridge crest patients first and second group -  $0.65 \pm 0,016$  mm to  $0,29 \pm 0,013$  mm ( $p < 0.05$ ) after 4 months after making orthopedic structures and stability data patients in the second group in a more distant time.

## ХАРАКТЕРИСТИКА БІОТОПУ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ ВІКОМ 5-6 РОКІВ

Горзов В.В., Дем'янчук Ю.В.

Науковий керівник – к.мед.н. Мельник В.С.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

## CHARACTERISTIC OF THE BIOTOPE OF DIFFERENT LOCALIZATION CARIOUS CAVITIES IN CHILDREN AGED 5-6 YEARS

V.V. Horzov, U.V. Demyanchuk

Scientific leader: V.S. Melnyk, Candidate of Medical Sciences

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Порожнина рота протягом усього життя залишається головними входними воротами для мікроорганізмів зовнішнього середовища, проникаючих з харчовими продуктами і водою.

Сталість мікрофлори порожнини рота визначається антагоністичною взаємодією мікроорганізмів у складі мікробіоценозу, бактерицидними властивостями секрету слини. Мікрофлора різних ділянок порожнини рота різноманітна і змінюється з віком.

**Мета дослідження.** Вивчити якісні зміни мікрофлори каріозних порожнин різної локалізації, з різною активністю каріозного процесу в період молочного прикусу.

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження проводили за інформованою згодою батьків або осіб, які супроводжували дітей. Була обстежена група дітей у віці 5-6 років, у кількості 50 осіб. У процесі обстеження були використані такі методи дослідження: опитування, огляд, зондування, перкусія, мікробіологічні методи дослідження та індекс гігієни порожнини рота Федорова - Володкіної.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Після кількісної та якісної оцінки стану твердих тканин зубів всі діти по активності каріозного процесу були розділені на три групи (Т.Ф.Виноградова). У першій групі в кожного пацієнта було виявлено не більше 4 каріозних порожнин, з переважною локалізацією їх по першому класу (класифікація каріозних порожнин по Блеку). Слизова порожнини рота без видимих змін, маргінальна частина ясен щільно прилягає до шийок зубів. Оцінюючи, гігієнічний індекс Федорова - Володкіної (ГІ) при фарбуванні поверхні фронтальної групи зубів, виявили гарний рівень гігієни в першій групі у 60% дітей, незадовільний у 7%, що відповідає 1 пацієнтові. У групі з субкомпенсованою формою карієсу кількість каріозних порожнин не перевищувало 6. За перебігом виявляли як гострий, так і хронічний перебіг карієсу. Гарний гігієнічний стан було виявлено в 45% випадків (9 осіб). У цій групі були виявлені і пацієнти з поганим рівнем гігієни - 15%. Зубоясеневі сосочки, що межують з краями каріозних порожнин були гіпереровані, набряклі, при легкому зондуванні кровоточили. Пацієнти, об'єднані в групу з декомпенсованою формою карієсу, мали множинні ураження карієсом, з переважною локалізацією на контактних поверхнях, гострий перебіг патологічного процесу в твердих тканинах зуба. Аналіз показників індексу гігієни виявив високий відсоток дітей з незадовільним і поганим рівнем гігієни порожнини рота. Слизова оболонка маргінальних ясен практично всіх зубів у 10 пацієнтів гіперерована, частково вкрита м'яким зубним нальотом, при легкому зондуванні починає кровоточити.

Мікробіологічні методи, які були застосовані в даному дослідженні, виявили високу ступінь обсіменіння каріозних порожнин умовно-патогенною мікрофлорою у всіх групах. При компенсованій формі карієсу переважно були виділені *Streptococcus mutans*, *S. sanguis*, *S.*

salivarius. *S. mitis* - представники жовтого комплексу. У пацієнта з незадовільним рівнем гігієни в цій групі був виділений ще й *Enterococcus* spp. У групі пацієнтів з субкомпенсованою формою карієсу видовий склад мікробіоценозу каріозних порожнин різної локалізації включав в себе: групу стрептококів (*mutans*, *sanguis*, *salivarius*, *mitis*), стафілококів - *S. aureus*, *Enterococcus* spp і *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Видовий склад мікроорганізмів каріозних порожнин в групі з декомпенсованою формою карієсу відрізнявся ще більш вираженою різноманітністю: безліч коків, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Treponema denticola*, *Porphyromonas endodontalis*, *gingivalis*.

Мікробіологічні методи дослідження дозволили охарактеризувати видовий склад мікрофлори каріозних порожнин різних по локалізації: на жувальній і контактній поверхні. Нами була виявлена наступна закономірність: структура домінуючих видів біоценозу при карієсі змінюється за рахунок розширення складу резидентної мікрофлори з переважанням кокової. Вивчення видового складу стрептококів показало, що частота їх видів варіювала залежно від активності патологічного процесу. Так, при одиничних каріозних ураженнях виявлення *S. salivarius* становила 93,33%; *S. sanguis* - 86,66%; *S. mitis* - 46,66%; *S. mutans* - 73,33%. При множинному карієсі зубів *S. mutans* виділявся в 94% випадках. Чим ближче каріозна порожнина розташовувалася до ясен, тим більше представників «агресивних» пародонтальних мікробних комплексів визначалася у складі мікрофлори каріозних порожнин. Поява представників червоного, зеленого комплексів свідчить про підвищення вірулентності цих асоціацій, що підтверджується клінічними ознаками у вигляді гіперемованих ясенних сосочків розташованих поряд з каріозною порожниною.

**Висновки.** Таким чином, мікробіоценози каріозних порожнин, різних по локалізації, можна віднести до біотопів, виходячи з аналізу видового різноманіття мікрофлори. По мірі розвитку каріозного процесу спостерігалася їх структурна перебудова, яка полягала в ієрархічних змінах та зміні абсолютних домінант. Моніторинг біоценозу каріозних порожнин є одним з етапів дослідження для оптимізації підходів у лікуванні карієсу зубів різної локалізації та профілактики стоматологічних захворювань порожнини рота у дітей.

**Summary.** Our mouth is the main gateway for microorganisms from the environment which get inside our organism with food and water. Taking a survey group of 50 children aged 5-6 years as sample, we divided them into groups by the active caries process (T.F. Vinogradova). We performed the bacteriological examination of material taken in each group of children. Thus,

the microbiocenosis carious cavities of various localization can be attributed to habitat based on the analysis of species diversity of flora. Monitoring the biological community cavities is one of the stages of studying the optimization approaches in treating dental caries and preventing various localization dental oral diseases in children.

ВИЗНАЧЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЕСУ ВІД  
ВПЛИВУ ЕКЗО- ТА ЕНДОГЕННИХ ЧИННИКІВ У СТУДЕНТІВ  
ЗАКАРПАТТЯ ТА ІНДІЇ

Горячко Тетяна Володимирівна

Науковий керівник: Білинський Олександр Ярославович  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет  
м. Ужгород, Україна

DETERMINING THE DEPENDENCE OF CARIES INTENSITY ON THE  
IMPACT OF EXOGENOUS AND ENDOGENOUS FACTORS IN  
TRANSCARPATHIAN AND INDIAN STUDENTS

Horiachko Tetiana Volodymyrivna

Scientific leader: Bilinskij Oleksandr Yaroslavovych  
Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University,  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Карієс залишається однією з найпоширеніших проблем терапевтичної стоматології. За даними ВООЗ, ураженість карієсом зубів населення більшості країн світу коливається в межах від 80 до 98%. Але чому згідно зі статистикою у людей, які живуть у різних кутках світу він розвивається з різною інтенсивністю та від чого це залежить – питання залишається відкритим ще до сьогодні.

**Мета роботи.** Виизначення стоматологічного статусу студентів Закарпаття та Індії, що навчаються в Ужгородському національному університеті, проведення порівняльної характеристики карієсогенної ситуації та визначення впливу екзо- та ендогенних факторів у розвитку карієсу.

**Матеріали та методи дослідження.** На базі стоматологічного факультету, протягом січня 2016 року досліджували студентів 5 курсу, що навчаються в Ужгородському національному університеті. Стан твердих тканин зубів вивчали за допомогою індексу інтенсивності (КПВ), рівень гігієни розраховували за індексом Федорова-Володкіної (1961 р.), кислотостійкість емалі визначали за ТЕР-тестом (В. Р. Окушко в модифікації Л.І. Косаревої (1984р). Для оцінки інтенсивності забарвлення, протравленої емалі 2 % розчином метиленового синього, використовували 10-бальну шкалу синього кольору поліграфічного виконання (ГОСТ 2789-73), а Ph ротової рідини визначали за допомогою універсального індикаторного паперу. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали за допомогою загальноприйнятих методів варіаційної статистики.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всі обстежувані студенти були поділені на дві групи: першу групу становили 18 студентів з Індії, другу - 18 студентів Закарпатської області, віком від 20 до 25 років. Індекс гігієни за Федоровим-Володкіною, у групи студентів Закарпаття варіювався від 1,2 до 3,3 і в середньому дорівнював 1,73, що відповідав задовільному рівню гігієни. Добрий рівень гігієни спостерігався у 55,6% студентів, 33,3% мали задовільний рівень, а незадовільний відмічався у 11,1% студентів. Серед групи студентів з Індії індекс гігієни Федорова-Володкіної становив в межах 1,1-2,8 і в середньому дорівнював 1,76. Добрий рівень гігієни спостерігався у 44,5% студентів, 33,3% мали задовільний рівень, а незадовільний становив 22,2% студентів. (таб. 1)

Таб.1

Індекс гігієни Федорова-Володкіної по групах

Стан гігієни	Студенти Закарпаття	Студенти з Індії
Добрий	55,6%	44,5%
Задовільний	33,3%	33,3%
Незадовільний	11,1%	22,2%

Щодо індексу КПВ у студентів Індії він варіювався в межах 1-10, інтенсивність карієсу в обстежуваній групі в середньому становила 4,2, що відповідає низькому рівню. У студентів Закарпаття індекс знаходився в межах від 12 до 22 та в середньому становив 16,1, що відповідає значенню високого рівня. Компонент «К»(карієс) у групі студентів Індії складав 94,2% від загального індексу КПВ, з переважанням початкового та поверхневого карієсу, на пломбовані зуби припадало 5,8%. У той час як у групі студентів з Закарпаття компонент «К» складав 45,5% з

переважанням середнього та глибокого карієсу. На видалені та пломбовані зуби припадало відповідно 4,7% та 49,8%.

Таб. 2

Види карієсу у студентів по групах

Види карієсу	Студенти з Індії	Студенти Закарпаття
Початковий	89,2%	5,3%
Поверхневий	10,8%	15,2%
Середній	0	49,2%
Глибокий	0	30,3%

За результатами проведеного ТЕР-тесту у студентів Індії індекс варіювався у межах 1-5 балів з переважанням високого та середнього рівня резистентності. У групі студентів Закарпаття переважала середня та низька резистентність емалі (таб.3)

Таб.3

Резистентність емалі

Резистентність емалі	Студенти Індії	Студенти Закарпаття
1 група (1-3бали)10-30%	6	4
2 група(4-5 балів)30-60%	12	8
3група (6-7балів)60-80%	0	6
4 група (балів 7) 80-100%	0	0

Таб. 4

Ph ротової порожнини

	Студенти Індії	Студенти Закарпаття
Середнє арифметичне рівня Ph у групі	6.1	7,2

Шляхом анкетування було визначено, що харчування групи студентів з Індії включає вживання бутильованої води та регулярне споживання продуктів молочного походження, овочів та фруктів. Солодощі у їх раціоні обмежені, але слідкують за гігієною ротової порожнини недосконало, чищення зубів проводять один раз на день, та майже не відвідують стоматолога. В той самий час група студентів з Закарпаття мають кращу гігієну ротової порожнини, регулярно користуються послугами стоматолога. Щодо молочних продуктів то вони вживають їх не так часто(1раз у тиждень). 70% з даної групи вживають солодощі щодня та користуються водою з водопроводу або колодязю.

**Висновки.** Згідно з результатами нашого обстеження, можна зробити висновки, що студенти Закарпаття мають добрий рівень гігієни на відміну від задовільного рівня групи студентів Індії. При цьому студенти Закарпаття регулярно відвідують стоматолога та чистять зуби два рази на день, на відміну від іншої групи, які мають відносно низький середній рівень Ph слини, здійснюють гігієну порожнини рота один раз на день, майже ніколи не користувалися послугами стоматолога та мають недостатній рівень санітарно-гігієнічної освіченості. Але не зважаючи на це у групи студентів з Індії ми спостерігаємо низьку інтенсивність карієсу, що може бути пов'язана з характером їхнього харчування, типом водопостачання, біоценозу ротової порожнини, а також генетичної схильності. Можна зробити припущення, що у їхньому випадку, саме ці фактори вплинули на високий рівень резистентності емалі до розвитку карієсу. Однак визначити провідний чинник до розвитку даної патології нам не вдалося, оскільки значна частина етіологічних факторів не була врахована, а вибірка студентів була малою, тому наше дослідження буде продовжено.

**Summary.** According to our research results, we may conclude that Transcarpathian students have a good level of hygiene as compared to a satisfactory level in students from India. Students from Transcarpathia regularly visit the dentist and brush their teeth twice a day as compared to the other group with a low average pH of saliva, performing oral hygiene once a day, almost never using the services of a dentist and having low sanitary education. Nevertheless, in the group of students from India, we found a low intensity of decay that can be related to the nature of their food, the type of water supply, biocenosis of the oral cavity and genetic predisposition. We may assume that in their case these factors affected the high level of resistance to enamel caries. However, a lot of etiological factors were not included and the sample of students was small, so we cannot determine the leading factor leading to the caries development, which our research will continue finding out.

ЄВРОПЕЙСЬКА ПРОГРАМА НАДАННЯ  
СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ  
РОМСЬКІЙ ЕТНІЧНІЙ ГРУПІ В СЛОВАЧЧИНІ

Є.М.Гриненко

Науковий керівник – д.м.н., проф. Є.Я.Костенко  
Кафедра ортопедичноїстоматології, науково-дослідний центр  
судовоїстоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

THE EUROPEAN PROGRAM OF DENTAL CARE PROVISION TO  
GYPSY ETHNIC GROUP IN SLOVAKIA

Ye.M. Grynenko

Scientific leader: prof. Kostenko Ye. Ya., PhD  
Department of Prosthetic Dentistry, Scientific and Research Centre of Forensic  
Odontology, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National University, Uzhhorod,  
Ukraine

**Актуальність теми.** Словаччина – одна з європейських країн з найбільшою кількістю ромів. За офіційними даними, на території Закарпаття проживає близько 44 національностей, етнічних груп, серед яких роми – на п'ятому місці за чисельністю. У ромів найбільша дитяча смертність, відсутність належного медичного догляду, відсутність повноцінного харчування. Рівень соціальної реабілітації в школі свідчить про наявність проблем у диспансеризації, профілактиці та лікуванні стоматологічних захворювань.

**Мета дослідження.** Провести інтегрований аналіз досвіду впровадження комплексної програми в Словацькій Республіці.

**Матеріали і методи дослідження.** В якості вихідного матеріалу був використаний огляд спеціальної літератури.

**Результати дослідження та їх обговорення.** 20 лютого 2008 р. Комітет міністрів Ради Європи прийняв Рекомендацію № Rec(2008)5, у якій були визначені параметри загальної політики щодо ромів і кочівників у Європі. Урядам держав-членів було рекомендовано вирішувати питання інтеграції ромів через прийняття комплексних національних та місцевих стратегій, які мають ґрунтуватись на ретельному дослідженні й оцінці потреб ромських громад, та забезпеченні їх виконання відповідними матеріальними й організаційними ресурсами. У розвиток цієї Рекомендації 20 жовтня 2010 р. Комітет міністрів Ради Європи ухвалив Страсбурзьку декларацію щодо ромів, у якій викладені основні принципи та пріоритети роботи Ради Європи у захисті основних

прав ромів. Серед них - недискримінація; громадянство; права жінок і дітей; повноправна участь у житті суспільства; соціальна інтеграція; працевлаштування; охорона здоров'я; житло; інклюзивна освіта; культура; боротьба з торгівлею людьми; поліпшення доступу до правосуддя тощо. Одним з ключових розділів Плану є охорона здоров'я, захист материнства і дитинства, профілактика соціально небезпечних хвороб. Основна мета – сприяти доступу ромів до кваліфікованої медичної допомоги. Для цього передбачається поліпшення структури установ надання медичної допомоги в місцях компактного проживання ромів, проведення просвітньо-виховної роботи, спрямованої на пропагування серед ромів здорового способу життя, а також просвітництва в галузі планування сім'ї. Створюються центри медичного патронажу для ромського населення та розвивається мережа ромських медичних посередників. Стоматологічна допомога в рамках проекту, для ромів :профілактичні огляди – безкоштовні, санація порожнини рота – безкоштовно, ортопедичне лікування та ортодонтія – платна.

**Висновки:** Аналіз програми допомоги ромам в Словацькій Республіці дає можливість створити власну комплексну програму стоматологічної допомоги та запропонувати її Управлінню охорони здоров'я Закарпатської облдержадміністрації.

**Summary:** We have analyzed the programme meant to provide assistance to Gypsy population in the Slovak Republic, which makes it possible to create the native comprehensive programme of dental care and offer it to the Department of Health of Transcarpathian Regional State Administration.

## КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ КОМПОНЕНТІВ СПИРТОВОГО АДГЕЗИВНОГО ПРОТОКОЛУ: ІНГІБУВАННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗ (ММР)

Жабюк Тетяна Миколаївна

Науковий керівник – асистент Рожко Віталій Іванович

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці, Україна

CLINICAL PHARMACOLOGY OF THE COMPONENTS OF SPIRIT  
BONDING PROTOCOL: INHIBITION OF MATRIX  
METALLOPROTEINASES' (MMP) NEGATIVE IMPACT

Zhabiuk Tetiana Mykolaivna

Scientific leader: Rozhko Vitaliy Ivanovych, Assistant

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry, Bukovinian State  
Medical University, Chernivtsi, Ukraine

**Актуальність теми.** Матриксні металопротеїнази (ММР) беруть участь у процесах тканинного ремоделювання та запалення, тому їх кількість підвищується в місці фокусування патологічного процесу. Якщо не знешкодити їх після препарування твердих тканин зуба при виконанні прямої реставрації, це негативно вплине на ступінь адгезії пломбувального матеріалу до дентину, внаслідок чого можливе виникнення вторинного карієсу та/або випадіння пломби.

**Мета дослідження.** Дослідити фармакодинаміку компонентів спиртового адгезивного протоколу (2% розчин хлоргексидину, 96% розчин етанолу).

**Матеріали і методи дослідження.** Огляд та формування вибірки наукових публікацій, виданих у електронних базах даних (PubMed, CyberLeninka) шляхом пошуку ключових слів. Аналітична, описова та порівняльна верифікація отриманих даних.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всі ММР мають схожу будову: сигнальний пептид, пропептидна ділянка із 80 амінокислотних залишків, каталітичний металопротеїназний домен, кінцевий гемопексиновий домен. Хлоргексидин (2% розчин) зв'язує амінокислотні залишки металопротеїназ, внаслідок чого блокується процес утворення СТХ-ММР комплексів (що складаються із двох С-телопептидів молекули колагену, спіралеподібного сегменту другої молекули колагену та поперечної зшивки між ними) – колаген не виводиться із структури тканин зуба, зберігається первинна міцність дентину та життєздатність волокон Томса. Етанол (96% розчин) відповідає за підготовку (створення сухої поверхні) дентину. Обидва розчини відносяться до групи антисептиків, тому чинять супресорну дію на можливі залишки патологічної мікрофлори в порожнині зуба. Етаноловий бондинг має переваги при застосуванні адгезивних систем на спиртовій основі, але потребує дворазового нанесення адгезивної системи.

**Висновки.** Застосування інгібіторів матриксних металопротеїназ в адгезивному протоколі при виконанні прямих реставрацій твердих тканин

зуба сприяє збереженню міцності на розрив між дентином та пломбувальним матеріалом. Такою властивістю володіє 2% розчин хлоргексидину, тому є рекомендованим для застосування самотійно (хлоргексидиновий протокол) або спільно із 96% розчином етанолу (спиртовий адгезивний протокол).

**Summary.** This paper stems from the retrospective analysis of the pharmacodynamics of ethanol bonding protocol. Using the matrix metalloproteinases' inhibitors in bonding protocol while performing the direct restoration of dental hard tissues contributes to maintaining tensile strength between dentin and filling materials.

ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ РОЗРОБКИ НОВОГО ПІДХОДУ  
ДО РЕЄСТРАЦІЇ ЗМІН РІВНЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В  
ПЕРИІМПЛАНТАТНІЙ ДІЛЯНЦІ

Кенюк А.Т.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

JUSTIFYING THE NEED TO DEVELOP A NEW APPROACH TO  
REGISTER BONE LEVEL CHANGES  
IN PERIIMPLANT AREA

A. T. Kenyuk

Scientific leader: Ye.Ya. Kostenko, Doctor of Medical Sciences

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National  
University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Проблема розробки та практичної імплементації об'єктивних критеріїв змін стоматологічного статусу в результаті протезування з опорою на дентальні імплантати, а також підходів реєстрації параметрів кісткової тканини у періімплантантних ділянках з врахуванням функціональної цінності інфра- та супраструктур у різні терміни реабілітації, є актуальним науково-практичним завданням, що потребує комплексного підходу та інтегративного залучення сучасних

методів діагностики та лікування (Morton L., 2007; Spilker B., 2008; Clementini M. et al., 2013).

У результаті дентальної імплантації у всіх пацієнтів спостерігається зниження висоти альвеолярного гребеня, при цьому ступінь зниження цієї висоти, а також швидкість та повноцінність процесів остеointegraції значною мірою залежить від виду імплантатів та супутніх лікувально-профілактичних заходів (Schwartz Z., 1997; Потапчук А.М., Русин В.В. 2008). Кількісна оцінка морфологічних характеристик контакту імплантат-кістка, зокрема співвідношення кортикальної та губчастої кісткової тканини, геометрії розташування трабекул, обсяг трабекулярної частини кістки, трабекулярного інтервалу суттєво покращують здатність доказової оцінки стану біологічної системи, проте інвазійний характер подібних підходів та неможливість оперативного отримання кінцевих результатів через необхідність проведення низки лабораторних досліджень значно обтяжують можливості використання даних методів у клінічній практиці (Wolff, J., 2012). На думку Snauwaert та Duusk (2004) саме тому рентгенологічна діагностика, що є неінвазивним методом обстеження, одночасно є об'єктивним інструментом для оцінки результатів імплантологічного втручання у розрізі реєстрації змін кісткової тканини в періімплантатній області.

**Мета дослідження.** Провести клінічну та рентгенологічну оцінку змін стоматологічного статусу в результаті протезування з опорою на дентальні імплантати з реєстрацією параметрів втрати кісткової тканини та використанням принципів комп'ютерного аналізу графічних зображень на етапах верифікації ефективності віддалених результатів ятрогенних втручань.

**Матеріали та методи дослідження.** Реєстрацію зниження висоти резидуального гребеня у періімплантатній ділянці 24 пацієнтів групи дослідження визначали за допомогою методики Horwitz J. (2012) з використанням програмного забезпечення Planmeca Dimaxis Pro. Рентгенологічні знімки попередньо калібрували у відповідності до діаметру встановленої інфраконструкції. Відстань між рівнем альвеолярної кістки та плечем імплантату визначали з мезіальної та дистальної сторін відповідно. Після цього визначали усереднений математичний показник, як середнє арифметичне між двома попередніми показниками, а втрату висоти маргінальної кістки як різницю усередненого показника через різні проміжки часу у порівнянні із вихідною ситуацією стану альвеолярного гребеня безпосередньо після встановлення імплантату. Для статистичного групування результатів втрати кісткової тканини через 1 рік після імплантації у досліджуваної

групи пацієнтів було використане математичне рівняння Horwitz:  $ta-tb = (BC ta-tb) \times 12 / (tb-ta)$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Адекватний рівень періімплантатної кісткової тканини є не тільки одним з факторів, що визначає успішність імплантації, а й таким, який відіграє критичну роль у формуванні відповідного профілю м'яких тканин, визначаючи таким чином складову естетичного критерію ефективності імплантологічного втручання. До надмірної редукції рівня маргінальної кістки призводять функціональне перенавантаження імплантата, нерівномірний розподіл діючих напруг та стресових факторів, особливості інтерфейсу з'єднання імплантат-абатмент, особливості дизайну шийки імплантата, ятрогенна травма кісткової тканини, дія провокуючих бактеріальних агентів (Çehrelİ M. S. et al., 2009). Сформульовані та актуальні на сьогодні критерії успішності імплантації передбачають наступну динаміку резорбції кісткової тканини у періімплантатній ділянці: 1,5 мм у перший рік, і не більше 0,2 мм щороку у віддалений період (Albrektsson et al., Smith and Zarb).

В ході проведеного дослідження було зареєстровано наступний розподіл втрати висоти альвеолярного гребеня: у період 6 місяців після імплантації – у 4 пацієнтів 0,41-0,52 мм, у 9 – 0,53-0,59 мм, у 6 – 0,60-0,72 мм, у 5 – 0,73-0,80 мм; у період 1 року у 6 – 1,07-1,09 мм, у 8 – 1,09-1,11 мм, у 5 – 1,12-1,13 мм, у 5 – 1,14-1,17 мм. Проте враховуючи рішення консенсусної конференції International Congress of Oral Implantologists (2007), визначення рівня втрати резидуального гребеня через аналіз площинних рентгенограм з мірою шкали у 0,1 мм є неточною, і залежить від оператора, що виконує дослідження. Похибка обрахунку показників зниження рівня резидуального гребеня у досліджуваній групі пацієнтів на межі десяткових даних сягала 16,78%, а на рівні сотих – 37,7%, що аргументує потребу пошуку більш адекватних та прецизійних методів реєстрації параметрів макрозмін кісткової тканини. Brägger та De Smet et al. (2002, 2008) відмітивши усю перевагу використання панорамних та прищільних рентген-знімків для визначення змін рівня маргінальної кістки, все таки підкреслили значимість необхідності верифікації змін вестибулярної та лінгвальної частин періімплантатної ділянки, які візуально можуть залишатися невидимими враховуючи механізми побудови площинних реформатів. Тому перспектива подальших досліджень полягає у розробці адаптованого методу об'ємної циркулярної реєстрації змін кісткової тканини в періімплантатній ділянці на основі даних преформатування та процесингу даних комп'ютерної томографії.

**Висновки.** Розширення підходів графічного аналізу поза межі визначення простих лінійних геометричних параметрів дозволить сформуванати конкретні критерії змін кісткової тканини у залежності від впливу деформуючих чинників та адекватності відібраного протоколу ортопедичного протезування. Концептуальна різниця подальших досліджень полягає у застосуванні сучасних інформаційних технологій, принципів суперімпозиції зображень формату DICOM з аналізом фідукальних посилань у формі просторових координат відносно декартового 3D-простору, а також кореляційного аналізу великої кількості чисельних показників (більша частина яких отримана в ході конвертування воксельних та піксельних одиниць в абсолютні величини), що потребують строгого дотримання статистичних критеріїв достовірності та повторної перевірки ефективності експериментальної моделі за допомогою спеціально розроблених зразків прикладного програмного забезпечення.

**Summary:** X-ray diagnostics which is a non-invasive method of examination is also an objective tool for evaluating implant intervention parameters with regard to registering bone changes in periimplant area. The extension of approaches for graphical analysis should be vectored beyond the simple linear definition of geometrical parameters among specific criteria; it depends on the impact of distorting factors and the adequacy of the selected protocol of prosthetic treatment under the objective control of computer tomography evaluation.

## ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Когут О.В., Сабов А.В.

Науковий керівник – к.мед.н. Мельник В.С.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

## ASSESSMENT OF THE RISK OF DENTAL CARIES IN CHILDREN IN THE COUNTRYSIDE

O.V. Kohut, A.V. Sabov

Scientific leader: V.S. Melnyk, Candidate of Medical Sciences  
Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Незважаючи на певні успіхи в профілактиці захворювань карієсу зубів в Україні реєструється його висока поширеність та інтенсивність, особливо серед дитячого населення, що залишається актуальною проблемою сучасної стоматології. На жаль, не всі методи прогнозування карієсу доступні в сільській місцевості через недостатність фінансування та складності у виконанні методів дослідження. Складання програм групової та індивідуальної профілактики карієсу зубів у дітей на основі прогнозування та оцінки ризику виникнення може сприяти зниженню інтенсивності і поширеності даної патології. Це і визначило мету та завдання даного дослідження. Необхідно вибрати найбільш інформативні і фінансово доступні методи прогнозування виникнення карієсу зубів в умовах сільської місцевості.

**Мета дослідження.** Розробка та оцінка ефективності комплексу методів з прогнозування ризику виникнення і розвитку карієсу зубів у дітей молодшого шкільного віку в умовах сільської місцевості (село Березинка Мукачівського району).

**Матеріали та методи дослідження.** Було проведено дослідження поширеності та інтенсивності карієсу зубів у дітей молодшого шкільного віку в умовах сільської місцевості з урахуванням впливу факторів ризику; особливості мікробіологічної характеристики зубних відкладень з різними формами карієсу зубів; рівня гігієни порожнини рота у віковому аспекті; визначені короткостроковий і довгостроковий прогнози ризику розвитку різних форм карієсу зубів у дітей шляхом складання скринінг-тесту. Програма дослідження включала в себе проведення комплексних стоматологічних досліджень - оцінку гігієни порожнини рота, інтенсивності та поширеності карієсу зубів, рівень інтенсивності карієсу, метод виявлення груп населення з найвищою інтенсивністю карієсу зубів: визначення індексу «Найвища інтенсивність карієсу» - SIC, мікробіологічне дослідження зубних відкладень, анкетування. Було обстежено 215 дітей у віці 7-8 років.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Стоматологічне обстеження пацієнтів здійснювали за загальноприйнятим алгоритмом ВООЗ. Дані спостережень фіксували в картах обстеження стану порожнини рота у дітей. Обстеження дитини починали із з'ясування анамнестичних даних у батьків. Фіксували такі дані: спадкові захворювання як по материнській, так і по батьківській лінії, хронічні та

гінекологічні захворювання матері, вірусні захворювання під час вагітності та прийом лікарських засобів в даний період, терміни народження дітей, а також рівень здоров'я при народженні і тип вигодовування дитини. У дітей семирічного віку було виявлено (по 45 осіб - по 44,6% від загального числа обстежених): добра гігієна порожнини рота у 5 дітей, що становить 4,9% від загальної кількості обстежених в даній групі дітей; погана гігієна у 6 дітей, що становить 5,9. Більшість дітей восьмирічного віку (59 осіб - 51,8% від загального числа обстежених) мають незадовільну гігієну порожнини рота. Діти, у яких гігієна порожнини рота знаходиться на задовільному рівні склали 33 людини, що становить 28,9% від загального числа обстежених. Добра гігієна порожнини рота визначена у 14 дітей, що становить 12,3. Погана гігієна у 8 дітей, що становить 7,1%. Проведене мікробіологічне дослідження зубного нальоту у дітей даної вікової категорії показало наявність: *Lactobacillus*, *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus mitis* і *Streptococcus agalactiae*; *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus aureus* і *Staphylococcus epidermidis*; *Enterococcus faecium* та гриби роду *Candida*. Найбільш високий показник поширеності карієсу зубів - 81% був виявлений у восьмирічних дітей, 78% - у дітей семирічного віку. Інтенсивність відповідно склали  $4,95 \pm 4,13$  і  $4,32 \pm 3,89$ , що є досить високим показником. Рівень інтенсивності карієсу зубів у 7-ми річних дітей становив: низький рівень інтенсивності карієсу тимчасових зубів виявлений у 16 дітей, що становить 15,8% від кількості обстежених дітей, середній рівень інтенсивності карієсу тимчасових зубів - 50,5% (51 дітей), високий рівень - 22,8% (23 дітей), дуже високий рівень інтенсивності карієсу тимчасових зубів - 1% (1 дитина), у 10 обстежуваних дітей (9,9%) виявлено інтактні зубні яри.

**Висновки.** Тому, разом з масовими методами профілактики карієсу, необхідний індивідуальний підхід до надання лікувально-профілактичної допомоги дитячому населенню.

**Summary.** We have studied the prevalence and intensity of dental caries, microbiological characteristics of dental plaque, the level of oral hygiene in primary school children in the countryside with the influence of risk factors. Alongside with large-scale caries prevention methods an individual approach is needed to provide treatment and preventive care to children.

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА  
ФОРМУВАННЯ ПРИКУСУ У НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ  
ОБЛАСТІ ВІКОМ 12-15 РОКІВ

Лебедева Олександра Ігорівна

Науковий керівник: проф., д. мед. н. Фера Олександр Васильович

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет

Ужгородський національний університет

м. Ужгород, Україна

STATISTICAL ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF ETIOLOGICAL  
FACTORS ON FORMATION OF BITE OF THE POPULATION AGED 12-  
15 YEARS IN  
TRANSKARPATHIAN REGION

Liebidieva Oleksandra

Scientific leader: O.V. Fera, Doctor of Medical Sciences, Professor

Department of Orthopedic Dentistry, Faculty of Dentistry

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Сьогодні існує недостатня кількість рекомендацій, використання яких допоможе запобігти виникненню патологій прикусу; Морфо-функціональні порушення зубо-щелепного апарата часто стають причиною виникнення не менш серйозних супутніх захворювань; Патології щелепно-лицевої ділянки стають причиною порушення не лише функції, але і естетики, що особливо актуально у наш час.

**Мета дослідження.** Визначити фактори ризику виникнення стоматологічних захворювань; Визначити частоту появи зубо-щелепних аномалій серед підлітків віком 12-15 років Закарпатської області.

**Матеріали та методи дослідження.** Матеріали: анкетування; медична документація; Методи: аналіз анкет та медичної документації; математично-статистичні методи обробки даних з використанням комп'ютерних програм.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У ході дослідження було визначено найбільш ймовірні фактори впливу на формування зубо-щелепного апарату, які можуть стати причиною формування анатомо-функціональних порушень у підлітків віком 12-15 років Закарпатської області; було розраховано частоту проявів патологій прикусів.

**Висновки.** Визначено найбільш поширені етіологічні фактори зубо-щелепних аномалій, а саме: травми щелепно-лицевої ділянки, статус матері під час вагітності, тип вигодовування, перенесені інфекційні чи

вірусні захворювання (інфекційний мононуклеоз, аденоїдити, синусити), термін використання пустышки, шкідливі звички (закусування губи або щоки, спання на одному боці, ротове дихання, смоктання пальця), частота вживання твердих харчових продуктів, частота чищення зубів, використання допоміжних засобів під час чищення зубів; Розраховано кількісну характеристику частоти появи типів прикусів для підлітків віком 12-15 років Закарпатської області, а саме: ортогнатичний прикус – 52,23%, відкритий прикус – 10,44%, перехресний прикус – 13,44%, прогнатія фізіологічна – 14,93%, прогнатія патологічна – 8,96%; Визначено кореляційну залежність між етіологічними чинниками та частотою виникнення аномалій прикусу; Населення Закарпаття не достатньо ознайомлене з факторами, які можуть стати причиною виникнення патологій прикусу, що робить дослідження ще більш актуальним; Вчасна діагностика патологій прикусу та визначення їх походження може допомогти усунути дефект без застосування радикальних заходів.

**Summary.** This paper investigates the influence on formation on teeth-maxillary area of such factors as: frequency of attending an orthodontist, visiting a speech therapist, injuries of maxillofacial area, attending an otolaryngologist, and pathologies of otolaryngological organs, mother's status during pregnancy, type of feeding in childhood, passed infections or viral diseases (infectious mononucleosis, inflammation of adenoids, inflammation of sinuses), the period of using a soother, bad habits (biting of lips or cheeks, sleeping on one side, mouth breathing, thumb sucking), frequency of eating, frequency of brushing teeth, using additional stuff during brushing teeth. Based on this information we want to inform the public about the frequency of bite pathologies. We can also offer a number of preventive measures that will help reduce the frequency of manifestation of bite pathologies.

РЕНТГЕНМОРФОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ КІСТКОВОТКАНИННОЇ  
ВТРАТИ АЛЬВЕОЛЯРНИХ ВІДРОСТКІВ НИЖНІХ ЩЕЛЕП  
ПАЦІЄНТІВ В ДІЛЯНКАХ ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОЇ АДЕНТІЇ

Матюшенко Катерина, Божик Анна  
Науковий керівник – ас. В.Ю. Вовк

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії,  
стоматологічний факультет, Львівський національний медичний  
університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

X-RAY MORPHOMETRIC ANALYSIS OF THE BONE AND TISSUE  
LOSS OF LOWER ALVEOLAR RIDGES OF PATIENTS IN AREAS OF  
POSTEXTRACTION ADENTIA

Kateryna Matiushenko, Anna Bozhyk

Scientific leader: V.Yu. Vovk, Assistant

Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Faculty of  
Dentistry, Danylo Halytskyi Lviv National Medical University,  
Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Відомо, що втрата зубів призводить до неспинного процесу кістковотканинної атрофії альвеолярних відростків щелеп, яка на нижній щелепі в три-чотири рази швидша, ніж на верхній щелепі. Феномен резорбції залишкового нижньощелепового альвеолярного гребеня спричинює можливість розвитку серйозних ускладнень, пов'язаних з не встановленою локалізацією судинно-нервових утворень. Разом із цим, виконання денто-альвеолярних, передпротезних та імплантологічних операцій потребує конкретних знань параметрів розташування морфологічних структур в ділянках проведення хірургічних стоматологічних втручань.

**Мета дослідження.** На основі клінічного дослідження та аналізу панорамних рентгенограм провести морфометричне дослідження різновидів кістковотканинної втрати в ділянках атрофії альвеолярних відростків нижньої щелепи.

**Матеріали та методи дослідження.** В стоматологічному центрі Львівського національного медуніверситету імені Данила Галицького проведено огляд 12 пацієнтів віком від 25 до 65 років. У обстежених досліджено клінічно-рентгенологічні показники кістковотканинної втрати в ділянках адентії. Тривалість післяекстракційної адентії складала  $4\pm 0,5$  роки. Клінічна оцінка вираженості атрофії здійснювалася шляхом візуального огляду та інструментальної біометрії за допомогою хірургічного циркуля. рентгенологічне дослідження проведено на цифрових панорамних рентгенограмах за допомогою апарату Promax(Planmeca,Фінляндія). На рентгенограмах розраховували індекс кісткової резорбції (ІА/ІІІ) в ділянках адентії (в серединному,проксимальному та дистальному відділах) способом WicalSwoop,1974.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На підставі проведених клінічно-рентгенометричних досліджень виявлено, що у 7 пацієнтів (58%) виявлено незначну тканинну втрату за довжиною, шириною та висотою з індексом резорбції ІА/ІІІ>2,5од.. У 4 пацієнтів (33%) виявлено наявність помірних змін тканин в ділянках адентії з індексом  $1,5 < \text{ІА/ІІІ} < 2,5$ од.. В 1 пацієнта(9%) спостерігалася виражена втрата тканин в ділянках адентії з індексом резорбції ІА/ІІІ>1,5од..

**Висновки.** Не дивлячись на обмежений контингент обстежених пацієнтів, встановлено наявність чіткого прояву клінічно-рентгенологічних відмінностей стану тканин в ділянках післяекстракційної адентії. Ранжуванням показників резорбції ми вирізняємо слабку, помірну та маніфестовану різновидності кістковотканинної втрати. Простий та доступний спосіб клінічно-рентгенометричного обстеження, дозволить напередодні хірургічних втручань надати лікарю достеменну інформацію про морфометричні зміни в ділянках порушення цілісності зубних рядів нижніх щелеп пацієнтів.

**Summary:**In spite of the limited contingent of patients there was defined a clear sign of clinical and radiological differences of tissue condition in the areas of postextraction adentia. We distinguish the weak, moderate and manifested kinds of postextraction areas. A simple and available way of performing the clinical x-ray morphometric examination will allow providing the doctor with authentic information on morphometric changes in areas of solution of continuity of patients' tooth rows in lower jaws.

## ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИБІЛЮВАННЯ ДИСКOLORИТІВ ДЕВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ

Мельничук О. О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Заболотний Т. Д.

Кафедра терапевтичної стоматології, факультет післядипломної освіти,  
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,  
м. Львів, Україна

## IMPROVING THE EFFICIENCY OF WHITENING NON-VITAL TEETH

Author: O.O. Melnychuk

Scientific leader: T. D. Zabolotnyi, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Postgraduate Education,  
Danylo Halytskyi Lviv National Medical University,  
Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Переважна більшість спеціалістів до недавнього часу підтримувала тенденцію ортопедичного лікування дисколоритів девітальних зубів, розглядаючи вибілювання як ризикований метод. Проте з кожним роком збільшується кількість досліджень, які підтверджують ефективність і надійність вибілювання зубів (N.H.Stein et al., 1997; R.Leith et al., 2009). Незважаючи на велику кількість публікацій про вибілювання, відомості про цей метод дуже суперечливі, що вимагає додаткових досліджень. Для попередження ускладнень, спричинених дією вибілювальної суміші на тверді тканини зуба, проводять ремінералізуючу терапію (Jacobsen P.L., Bruce G., 2001; Кнаппвост А., 2002), методи якої потребують дослідження.

**Мета дослідження.** Підвищення ефективності вибілювання дисколоритів девітальних зубів застосуванням комплексу ремінералізуючих препаратів.

**Матеріали і методи дослідження.** Матеріалом для експериментального дослідження були 60 однокороневих постійних зубів, видалених з приводу періодонтиту, пацієнтів віком від 20 до 55 років. В залежності від препаратів місцевої ремінералізуючої терапії, проведеної після хімічного вибілювання, досліджувані зуби були розділені на 3 групи. У 3 групах внутрішньокоронкове вибілювання дисколоритів було поєднано із зовнішнім і проведено методом power bleaching – інтенсивне вибілювання, ініційоване світлом з використанням препарату Arde Lumine K 35%, фірми Ardenia. Першу (контрольну групу) сформували із 20 експериментальних зубів. В цій групі процедуру ремінералізуючої терапії не проводили. На час експерименту порожнину зубів закривали тимчасовим пломбувальним матеріалом. Друга група включала 20 зубів, в яких проводили накладання лікувальної пасти на основі гідроксиду кальцію CALASEPT SDS (Каласепт) NORDISKA DENTAL, Швеція, під тимчасову пов'язку (безевгенольна дентин-паста), а на зовнішню поверхню наносили безбарвний фтористий лак - Bifluorid 12, VOCO. Третю групу склали 20 зубів, в яких проводили аплікації дентин-герметизуючого ліквіду, фірми «Humanchemie», та на зовнішню поверхню наносили фтор лак Bifluorid 12, VOCO. Результати експериментального дослідження оцінювались за даними КТ (щільність

дентину), зміною кольору зубів і результатами тесту емалевої резистентності та індексу ремінералізації.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведені спостереження показали, що хімічне інтенсифіковане світлом вибілювання препаратом Arde Lumine K 35% фірми Ardenia і наступна місцева ремінералізуюча терапія з використанням нанесення дентин-герметизуючого ліквіду, «Humanchemie», у порожнину зубів та покриття вестибулярної поверхні - фтор лаком Bifluorid 12, VOCO, третьої експериментальної групи дали найбільш високий позитивний ефект (IP -  $1,12 \pm 0,05$  балів; TEP -  $18,14 \pm 0,04\%$ ; щільність дентину -  $4023,87 \pm 30,49$  HU) у порівнянні з аналогічними показниками другої експериментальної групи (IP -  $2,53 \pm 0,17$  балів; TEP -  $37,12 \pm 0,14\%$ ; щільність дентину -  $3470,21 \pm 27,12$  HU), де використовувалась паста CALASEPT SDS (Каласепт) NORDISKA DENTAL, і фтористий лак - Bifluorid 12, VOCO .

**Висновки.** З метою підвищення ефективності хімічного вибілювання дисколоритів девітальних зубів необхідно після процедури хімічного вибілювання проводити місцеву ремінералізуючу терапію з застосуванням дентин-герметизуючого ліквіду, фірми «Humanchemie», та фтор лаку Bifluorid 12, VOCO, котрі забезпечують підвищення резистентності і щільності твердих тканин вибілених девітальних зубів. Вказана методика дозволяє покращити показники ремінералізації у 2,91 рази і показники резистентності у 4,37 рази, порівнюючи з контрольною групою, в котрій місцева ремінералізуюча терапія не проводилась, а також підвищує щільність твердих тканин зубів на 20,2%, порівнюючи з даними показниками після проведення процедури хімічного вибілювання. Запропонований комплекс ремінералізуючих заходів з використанням дентин-герметизуючого ліквіду та фтор лаку Bifluorid 12 для підвищення резистентності твердих тканин і попередження ускладнень після вибілювання девітальних зубів майже немає протипоказів, простий у застосуванні і не обтяжливий для пацієнтів, тому може бути використаний для подальших клінічних досліджень і майбутнього впровадження в професійну діяльність лікарів-стоматологів, що практикують вибілювання девітальних зубів.

**Summary:** Improving the efficiency of whitening of non-vital teeth required the remineralization therapy. In order to increase the efficiency of the chemical whitening of non-vital teeth it is necessary to conduct the local remineralization therapy using the “Humanchemie” dentyn-sealing liquid and Bifluorid 12 fluoride lacquer, VOCO, after chemical bleaching procedures. These preparations ensure the increased resistance and density of hard tissue of non-vital bleached teeth. This method improves the indicators of

remineralization by 2.91 times and the resistance rates – by 4.37 times in comparison with the control group (where the local remineralization therapy was not conducted), and increases the density of hard tooth tissue by 20.2% after chemical bleaching procedures in comparison with these indicators.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ  
ЗУБІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ  
ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ БІОГЕОХІМІЧНОГО ДЕФІЦИТУ ФТОРУ  
ТА ЙОДУ

Мухіна Ярослава Олександрівна

Науковий керівник: к.мед.н., професор О.В.Клітинська

Кафедра стоматології дитячого віку, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна.

FEATURES OF REMINERALIZING PREVENTATIVE MEASURES OF  
DENTAL CARIES IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN LIVING UNDER  
CONDITIONS OF BIOGEOCHEMICAL DEFICIENCY OF FLUORINE  
AND IODINE.

Mukhina Yaroslava Oleksandrivna

Scientific leader: O.V. Klitynska, Candidate of Medical Sciences, Professor,  
Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National  
University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Висока поширеність каріесу постійних зубів у дітей в Україні висуває проблему профілактики як основну в дитячій стоматології. Зважаючи на те, що зуби після прорізування найбільш вразливі для ураження каріесом набуває особливої актуальності пошук нових підходів до створення програм профілактики каріесу постійних зубів, особливо на етапі незрілої емалі.

**Мета дослідження.** Оцінити ефективність проведення ремінералізуючої профілактики каріесу зубів у дітей молодшого шкільного віку, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду.

**Матеріали та методи дослідження.** Каріозний процес у зубах в перші роки після їх прорізування найчастіше розвивається в області фісур та природніх заглиблень на жувальних поверхнях постійних зубів, що пояснюється низькою мінералізацією вказаної ділянки в цей період та складністю архітекtonіки оклюзійних поверхонь, що створює несприятливі умови для їх очищення та сприяє виникненню фісурного карієсу. Виникнення карієсу значною мірою обумовлюється і екологічними умовами, в яких мешкає дитина, а саме біогеохімічними дефіцитними мікроелементами (особливо фтору, йоду, кальцію, магнію та ін.). До таких природніх зон належить Закарпатська область, як природне середовище, в якому мешкає людина.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними О.В.Клітинської (2012) поширеність карієсу тимчасових зубів у дітей 5-6 річного віку, які постійно проживають в умовах природніх біогеохімічних дефіцитів фтору та йоду становить  $98,3 \pm 2,2\%$ , при інтенсивності карієсу на рівні  $14,9 \pm 0,2$ , що є надзвичайно високим. Причому більше ніж у 60% обстежених активність каріозного процесу була високою.

Оскільки прорізування перших постійних молярів та стан незавершеної мінералізації співпадає з періодом підвищеного впливу стресу від адаптації організму дитини до школи, що знижує неспецифічну резистентність організму, проведення профілактичних заходів саме в цей період суттєво знижує ймовірність виникнення каріозних уражень у майбутньому.

**Висновки.** Проблема високої поширеності карієсу тимчасових зубів свідчить про карієсогенну ситуацію в порожнині рота дітей в період прорізування перших постійних молярів, що ускладнюється реакцією макроорганізму на зміну умов життя та вступ до першого класу у вигляді стресу потребує проведення специфічної планової ремінералізуючої профілактики.

**Summary:** This work presents the results of the research of the remineralizing caries preventive measures necessity for children of primary school age who permanently live under the conditions of the biogeochemical fluorine and iodine deficiency, as well as assessment of the effectiveness of its implementation depending on the initial state of the hard tissue of teeth.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЙ ПРИКУСУ У  
НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВІКОМ 15-18 РОКІВ

Фельбаба Ю. М.

Науковий керівник: проф. Фера О. В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,

Ужгородський національний університет

м. Ужгород, Україна

FEATURES OF FORMATION OF BITE PATHOLOGY IN  
TRANSCARPATHIAN REGION POPULATION AGED 15-18

Y.M. Felbaba

Scientific leader: O.V. Fera, Professor

Department of Orthopedic Dentistry, Faculty of Dentistry,

Uzhhorod National University

Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Недостатність знань про вплив різноманітних факторів на формування прикусу у молоді віком 15-18 років, які можуть мати регіональну специфіку, провокує розвиток патологій зубо-щелепного апарату. Вивчення цих процесів і виявлення впливу різноманітних звичок, характеру харчування, захворювань інших систем та органів дозволить сформулювати правильну наукову концепцію вирішення цих проблем. Актуальність досліджень викликана ще й тим, що в Закарпатській області ці проблеми до цього часу не вивчалися.

**Мета дослідження.** Метою дослідження було виявити фактори, які імовірно впливають на формування прикусу в закарпатців віком 15-18 років.

**Матеріали та методи дослідження.** У процесі дослідження серед населення Закарпатської області було опитано за допомогою анкетування 523 особи віком 15-18 років. 70% опитаних людей проживають у гірській місцевості (Воловецький, Міжгірський, Рахівський, Тячівський райони), а 30% на низовині (Ужгородський, Мукачівський, Берегівський, Виноградівський райони). Серед чинників, які були взяті до уваги належать наступні: стан здоров'я, особливості харчування, особливі дитячі звички, частота відвідування стоматолога, знання про фактори, що впливають на прикус, наявність логопедичних проблем, травми щелепно-лищевої ділянки, звернення до отоларинголога і проблеми з ЛОР-органами, тип вигодування, частота вірусних захворювань, кількість прийомів їжі на день, дотримання гігієни ротової порожнини. При обстеженні безпосередньо порожнини рота враховувалися: стан слизової

оболонки ротової порожнини, зубів, зубних рядів, наявність пломб і протезів. При оцінці сили зв'язку коефіцієнтів кореляції в даній роботі використовувалася шкала Чеддока:

Значення	Інтерпритація
Від 0 до 0,3	Дуже слабка
Від 0,3 до 0,5	Слабка
Від 0,5 до 0,7	Середня
Від 0,7 до 0,9	Висока
Від 0,9 до 1	Дуже висока

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед опитаних 523 осіб 178 (34,5%) мали порушення прикусу, а патології виявлені у 93 осіб (17,8%). З 523 анкет 16 було вилучено через неконкретність відповідей. З'ясувалося, що серед патологічних видів прикусу траплялися відкритий та дистальний. Особи, які страждають на патології, мали такі особливості життя: більшість з них ніколи не відвідували ортодонта, а для деяких цей термін був незрозумілим, в дитинстві вони довше ніж до 2 років використовували соску, у їхньому раціоні переважали м'які харчові продукти, макаронні вироби, каші, деякі з них майже не вживали молочних продуктів. Разом з тим у них порівняно часто виникали захворювання ЛОР-органів та дихальної системи. Водночас когорта людей, у яких не було виявлено патологій, відрізнялися щонайперше, щорічним відвідуванням стоматолога, вживанням у їжу значної екологічно чистих продуктів, значної кількості молочно-кислих продуктів, твердих сортів сиру, сирих овочів та фруктів. Вони дещо рідше скаржилися на часті захворювання органів дихання та ЛОР-органів. Для них були менш характерні шкідливі звички такі як: жування гумок, різні неправильні позиції м'язів, неправильне положення голови під час сну та інші. За даними, які були отримані під час огляду та опитування осіб, розраховано коефіцієнти кореляції. За допомогою цих результатів було з'ясовано, що більшість факторів за шкалою Чеддока мають дуже слабкий або слабкий вплив на формування постійного

прикусу. Але серед чинників є ті, що мають безпосередній вплив на його формування це: термін використання пустышки, частота вживання твердих харчових продуктів, проблеми у матері під час вагітності, тип вигодовування. Також було розраховано дисперсійний аналіз, що являє собою статистичний метод аналізу результатів, які залежать від якісних ознак. Під час розрахунку дисперсійного аналізу ми виявили, що статистично наші дані є більш випадковими, аніж залежними, але є ряд факторів, які мають вплив на формування прикусу такими можна вважати: вживання твердих продуктів, шкідливі звички, тип вигодовування в дитячому віці, термін використання пустышки. За результатами розрахунку коефіцієнта репрезентативності, ми визначили, що значення похибки вибіркових даних порівняно незначне і становить не більше 7%.

**Висновки.** У віці 15-18 років суттєво скорочується кількість чинників, які впливають на розвиток прикусу. Однак, окрім чинників, такі як: характер харчування, зокрема частота вживання в їжу твердих продуктів, особливо свіжих овочів і фруктів, а також екологічно чистих продуктів, на які багате Закарпаття, випереджають розвиток патологій зубо-щелепного апарату. Необхідна роз'яснювальна робота серед населення про доцільність відвідування ортодонта особливо до 18 років.

**Summary:** Persons aged 15-18 are in the process of establishing permanent occlusion of also almost fully formed teeth-jaw apparatus. We determined that not many factors (period of pacifier use, frequency of solid food consumption, problems of mothers during pregnancy) influence the formation of bite in this age category.

ДАНІ АНОНІМНОГО ІНТЕРНЕТ-АНКЕТУВАННЯ ЩОДО ВИБОРУ  
ПРАКТИКУЮЧИМИ ЛІКАРЯМИ-СТОМАТОЛОГАМИ АДГЕЗИВНИХ  
СИСТЕМ ТА СТАТИСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДХОДІВ ДО  
АДГЕЗИВНОГО ПРОТОКОЛУ

Цяпка Христина Ігорівна

Науковий керівник – асистент Рожко Віталій Іванович  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Буковинський державний медичний університет,

м. Чернівці, Україна

DATA OF ANONYMOUS INTERNET-QUESTIONNAIRE ON  
CHOOSING THE BONDING SYSTEMS BY PRACTICING DENTISTS  
AND STATISTICAL RESEARCH OF APPROACHES TO BONDING  
PROTOCOL

Tsiapka Hrustyna Ihorivna

Scientific leader: Rozhko Vitalii Ivanovych, Assistant  
Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Bukovyna State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

**Актуальність теми.** В сучасній стоматології існує велика кількість адгезивних систем. Однак проблема забезпечення надійного та тривалого зчеплення композитних матеріалів з поверхнею зуба до цього часу вирішена не повністю. У зв'язку з цим одночасно зі створенням композитних матеріалів спостерігається розвиток і вдосконалення стоматологічних адгезивних систем. Слід звернути увагу на те, що власне вибір відповідного адгезиву може стати вирішальним фактором для збільшення терміну функціонування реставрації.

**Мета дослідження.** Ми вирішили дослідити, яким адгезивним системам лікарі-стоматологи віддають перевагу та частоту їх використання для ефективною та довговічною реставрації.

**Матеріали і методи дослідження.** Для вирішення поставлених задач нами було проведено анонімне інтернет-опитування 105 лікарів-стоматологів України. Їм було запропоновано запитання: «Яким адгезивним системам Ви надасте перевагу?», «Яку адгезивну систему Ви використовуєте?» та «Який адгезивний протокол Ви вважаєте найбільш ефективним?».

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проаналізувавши результати анонімного інтернет-опитування, нам вдалось з'ясувати, що 40 лікарів – стоматологів (38%) використовують двохкомпонентну адгезивну систему, а 65 лікарів (62%) - надають перевагу однокомпонентним адгезивним системам. Всі вони дозволяють добитися надійного з'єднання композитного матеріалу з емаллю та дентином. Але найголовнішим пріоритетом однокомпонентних адгезивних систем є відсутність етапу змішування компонентів, адже саме за рахунок неточностей при змішуванні і виникають проблеми при застосуванні, що призводить до зниження показників адгезії, збільшення післяопераційної чутливості. Так само для надійної ретенції пломби, запобігання крайовому мікропідтіканню та для профілактики вторинного карієсу відновленого зуба велике значення мають якість і правильне застосування

адгезивної системи перед заповненням порожнини пломбувальним матеріалом. Серед опитування лікарів–стоматологів більшість з них віддають перевагу 5-ому поколінню адгезивних систем, а саме: Single BOND 2 ,3M ESPE (39,6%); Solo OptiBond (PLUS), Kerr (8,9%); Gluma 2Bond, Gluma (5,9%); One-Step (PLUS), Bisco (5,9%); Prime&Bond NT, Dentsply (5,2%). Значно рідше лікарі–стоматологи застосовують 4-те покоління адгезивних систем, а саме: FL OptiBond, Kerr (2,9%) та ALL-Bond 3, Bisco(2,1%). За результати третього питання - 42 лікарі (40%) вважають, що звичайний (протравлення + нанесення АС) адгезивний протокол є найефективнішим, а 37 лікарів–стоматологів (35,2%) використовують спиртовий адгезивний протокол. Значно менше - 26 лікарів(25,8%) у своїй практиці застосовують хлоргексединовий адгезивний протокол.

**Висновки.** Проведене нами опитування показало, що 65 лікарів–стоматологів (62%) віддають перевагу однокомпонентним адгезивним системам 5-го покоління, а саме Single BOND 2, 3M ESPE (39,6%), з використанням звичайного (протравлення + нанесення АС) адгезивного протоколу - 42 лікарі (40%). Незважаючи на те, що в даний час існує велика кількість адгезивних систем, проблема забезпечення надійного і тривалого з'єднання композитних матеріалів з поверхнею зуба вирішена ще не повністю. За практикуючими стоматологами залишається право вибору тієї адгезивної системи, якій вони більше довіряють і яка випробувана на практиці.

**Summary:** The aim of our investigation was to show the statistics of usage of different bonding systems by practicing dentists and the principles of choosing a type of bonding protocol. The results show that 62 % of dentists prefer one-component bonding systems of the 5<sup>th</sup> generation and 40 % use standard protocol (etching and bonding).

## ОЦІНКА НОВИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ КОРЕНІВ ТА ПЕРІАПІКАЛЬНИХ ТКАНИН ЗУБІВ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ВІДНОВЛЕННЯ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ

Шітєв Євгеній, Борейко Степан

Науковий керівник : к.мед.н., асистент Дидик Н.М.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
м. Львів, Україна

## EVALUATION OF NEW OPPORTUNITIES FOR DIAGNOSTICS OF ROOTS AND PERIAPICAL TISSUES OF TEETH THAT NEED CORONAL RESTORATION

Yevhenii Shitev, Stepan Boreiko

Scientific leader: Dydyk N. M., Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Danylo Halytskyi  
Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Протезування зубів і зубних рядів незнімними конструкціями є найбільш поширеним видом ортопедичного лікування, у якому чільне місце займає незнімне протезування зубів після ендодонтичного лікування. Численні публікації у медичних джерелах інформації загострюють увагу на потребі прискіпливої оцінки опорних ендодонтично лікованих зубів перед їх протезуванням, що дає змогу раціонально планувати ортопедичне лікування та попереджувати виникнення ускладнень.

**Мета дослідження.** Метою даного дослідження було вивчення стану коренів та біляверхівкових тканин зубів, які потребують відновлення, у віддалені терміни після ендодонтичного лікування.

**Матеріали і методи дослідження.** До обстежуваної групи увійшли 51 особа (21 жінок і 30 чоловіків) віком від 19 до 66 років. Об'єктом вивчення слугували комп'ютерні рентгенограми. Зуб кваліфікували як "ендодонтично лікований", якщо на рентгенограмі в кореневих каналах було виявлено рентгеноконтрастний матеріал. Якісним вважали заповнення кореневого каналу рівномірної контрастності, без пор чи незаповненого простору між стінками каналу та обтуруючим матеріалом. Стан біляверхівкових тканин оцінювався за наявністю або відсутністю періапикальних змін. Для запису стану зубних рядів і біляверхівкових тканин користувалися спеціально створеною комп'ютерною науково-аналітичною програмою.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У 43(84,3%) осіб були ендодонтично ліковані зуби. Загальна кількість обстежених зубів у віддалені терміни після ендодонтичного лікування проведеного різними спеціалістами становила 181(13,9%). З них 114(63%) - зуби верхньої щелепи, 67(37%) - зуби нижньої щелепи. до групи різців та ікол належали 42((23,2%) ендолікованих зуба, 64(35,4%) премоляри, 75(41,4%) молярів. 72(39,7%) зі 181 ендолікованих зубів характеризувалися якісно

запломбованими кореневими каналами. З них 15(20,8%) мали рентгенологічні вияви апікального періодонтиту. 79(72,4%) зубів зі 109 з недостатньою obturaцією корневих каналів характеризувались рентгенологічним просвітленням у періапікальній ділянці. Частими виявами для молярів верхньої та нижньої щелепи була складна анатомія корневих каналів, особливо у перших молярах верхньої щелепи з превалюванням двох корневих каналів у медіально щічному корені. З 27 ендодонтично лікованих перших молярів верхньої щелепи тільки у 4 (14,8%) була повністю obturoвана система корневих каналів. і в жодному з них не було виявлено апікального періодонтиту. Натомість у 13(56,5%) з 23 з неповним obturoванням корневих каналів були виявлені періапікальні зміни.

**Висновки.** Сучасні методи комп'ютерної об'ємної рентгенологічної діагностики дають змогу прискіпливо оцінити стан коренів та навколоверхівкових тканин зубів зі складною анатомією коренів та розгалуженою системою корневих каналів, що необхідно для раціонального планування ортопедичного лікування зубів після ендодонтичного лікування.

**Summary.** The aim of this research was to evaluate the state of periapical tissues and technical quality of root canal obturation in the adult population. The object of the study was the CT-images of people aged 19 to 66 years. 72 (39.7%) out of 181 endodontically treated teeth had well-sealed root canals. 15 (20.8%) of them had radiographic signs of the apical periodontitis. 79 (72.4%) out of 109 teeth with inadequate root canal obturation had radiolucency in periapical area. Modern methods of computed radiological diagnostics allow assessing the state of the roots and periapical tissue of teeth with complicated anatomy of roots, and the extensive root canal system is necessary for rational planning of orthopedic treatment of teeth after endodontic treatment.

ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПАРОДОНТИТУ У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД  
6 ДО 14 РОКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ  
РИЗИКУ (ГІНГІВІТ, ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ) У  
МЕШКАНЦІВ М. УЖГОРОДА

Бажо О.В., Капустей Г.Ю., Кухарчук Л.В., Матківська І.О., Гелетей В.В.

Науковий керівник: проф. Фера О.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет

Ужгородський національний університет

м. Ужгород, Україна

FEATURES OF PERIODONTITIS IN CHILDREN AGED 6 TO 14 YEARS  
DEPENDING ON RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC TONSILITIS,  
DIABETES) IN RESIDENTS OF UZHGOROD CITY

O. V. Bazho, H. Yu. Kapustei, L. V. Kuharchuk, I. O. Matkivska, V. V.

Heletei

Scientific leader: O. V. Fera, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry

Uzhhorod National University

Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Актуальність проблеми захворювань тканин пародонта у дітей віком від 6 до 14 років обумовлена значною поширеністю, комплексним характером ушкоджень та включенням в патологічний процес, крім тканин пародонта, інших органів і систем, а також порушеннями в різних ланках гомеостазу організму людини, зокрема наявність цукрового діабету.

Епідеміологічні дослідження 2009-2014 років показали високу поширеність захворювань тканин пародонта у дітей і підлітків як у світі (80%) згідно даних ВООЗ, так і в Україні (60–70 %).

Ріст поширеності запальних захворювань тканин пародонта серед дитячого населення вимагає розв'язання багатьох питань, пов'язаних із запобіганням розвитку патології пародонта та оцінки чинників її виникнення. Залишаються недостатньо з'ясованими особливості патогенетичних механізмів формування стоматологічної захворюваності в умовах комплексного впливу різних чинників довкілля та соматичної патології.

**Мета дослідження.** Вивчення вікових особливостей формування та поширеності пародонтиту у дітей віком від 6 до 14 років, що проживають у м. Ужгород, в залежності від факторів ризику (гінгівіт, хронічний тонзиліт, цукровий діабет), гігієнічної грамотності та стану ротової порожнини на основі анкетування дітей віком від 6 до 14 років.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено анкетування на основі клінічних обстежень у 33 пацієнтів з наявним захворюванням пародонтиту. Вік пацієнтів був у межах від 6 до 14 років. У анкеті пацієнти вказали частоту чищення зубів, вид зубної щітки, наявності утруднення при відкриванні рота, оголення коренів, наявності зубного нальоту, зубного каменю, рухливості зубів каріозних і некаріозних уражень, а також наявність чи відсутність фонових захворювань, зокрема цукрового діабету, хронічного тонзиліту і гінгівіту. Для обробки наших результатів ми використовували коефіцієнт рангової кореляції, критерій Стьюдента і коефіцієнт репрезентативності.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У ході досліджень був проведений аналіз зв'язків симптомів розвитку пародонтиту та факторів, які впливають на його розвиток. Зробивши математичний аналіз даних анкетування ми провели межу чинників, які безпосередньо призводять до виникнення пародонтиту. Фактори, які найбільше впливають на виникнення пародонтиту у дітей віком від 6 до 14 років : цукровий діабет, періодичні виразки порожнини рота та герпес , зубний камінь, оголення коренів зубів.

**Висновки.** В результаті проведених нами досліджень, ми отримали підтвердження взаємозв'язків між екзогенними чинниками та захворюваністю на пародонтит на підставі визначених коефіцієнтів Стьюдента та Спірмена.

Встановили взаємозв'язки між загальносоматичними захворюваннями (гінгівіт, хронічний тонзиліт, цукровий діабет) і виникненням пародонтиту, та підтвердили це розрахунками.

Виявили чіткі взаємозв'язки між симптоматичними проявами патогенетичних відхилень ротової порожнини (наявність зубного каменю, оголення коренів зубів, утруднення при відкриванні рота тощо) та виникненням пародонтиту у дітей віком від 6 до 14 років у м. Ужгород. Для ранньої профілактики та ефективного лікування пародонтиту у дітей необхідно своєчасно здійснювати цільові медичні огляди та усунути вищенаведені фактори ризику.

**Summary:** The appearance of investigated periodontitis in children aged 6-14 years depending on risk factors (gingivitis, chronic tonsillitis, diabetes) for residents of Uzhhorod. Our research resulted in: the evidence of the interconnection between exogenous factors and the incidence of periodontitis based on certain ratios of the t-test and Spearman; finding the interconnection between somatic diseases (gingivitis, chronic tonsillitis, diabetes mellitus) and the appearance of periodontitis confirmed by calculations finding a clear interconnection between symptomatic

manifestations of pathogenetic abnormalities of the oral cavity (the presence of calculus, the bare roots of the teeth, difficulty when opening the mouth, and the like) and the appearance of periodontitis in children aged 6 – 14 years in Uzhhorod.

For early prevention and effective treatment of periodontitis in children, the targeted health checks should be promptly carried out and the abovementioned risk factors should be eliminated.

ВИЗНАЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ІНТЕНСИВНОСТІ КАРІЄСУ,  
ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА СПАДКОВОГО ФАКТОРУ В  
БЛИЗНЮКІВ ВІКОМ 12-15 РОКІВ

асист. Білинський О.Я., доц., Добровольська М.К.

ДВНЗ «УжНУ», стоматологічний факультет, кафедра терапевтичної  
стоматології

DEFINING THE INTERCONNECTION BETWEEN AND AMONG  
DENTAL INTENSITY, DENTAL HYGIENE AND HEREDITY IN TWINS  
AGED OF 12-15 YEARS

O. Ya. Bilynskiy, Assistant; M. K. Dobrovolska, Assistant Professor  
Uzhhorod National University State Higher Education Institution, Faculty of  
Dentistry, Department of Therapeutic Dentistry

**Актуальність теми.** Карієс є складним, багатофакторним захворюванням у розвитку якого відіграють роль, як фактори навколишнього середовища так і генетичні. Для оцінки впливу генетичних факторів на розвиток карієсу використовується дослідження близнюків.

Як свідчать епідеміологічні дослідження, розповсюдженість карієсу у молодих осіб Закарпатської області досягає 96-98%. Незважаючи на велику кількість наукових досліджень з вивчення впливу водопостачання, харчування та гігієни ротової порожнини на розвиток карієсу, вплив спадковості на його розвиток недостатньо вивчений.

**Мета дослідження.** Метою роботи було визначення взаємозв'язку між інтенсивністю карієсу, станом гігієни порожнини рота та спадковістю у близнюків віком 12-15 років.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено клінічне обстеження 11 пар близнюків віком 12-15 років, серед яких 4 пари монозиготних та 7 пар дизиготних. Проводили загальноприйняте клінічне обстеження порожнини рота з визначенням індексів КПВ, спрощеного гігієнічного індексу Green-Vermilion та індексу гігієни Федорова-Володкіної. За допомогою анкетування проводили дослідження характеру харчування та рівень гігієни ротової порожнини. Отримані кількісні показники обробляли методами математичної статистики з визначенням середніх значень у групах обстежених осіб.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всі близнюки були поділені на 2 групи: монозиготні та дизиготні. У першій групі пар монозиготних близнюків шляхом анкетування було визначено різний ступінь гігієнічної освіти, різний тип харчування та різний ступінь рівня гігієни, однак індекс КПВ в парі, кожного з монозиготних близнюків був майже однаковий і в середньому дорівнював 6.5, що відповідає високому рівню інтенсивності карієсу. Рівень гігієни за індексом Федорова-Володкіної складав від 1.8 до 3.2 бали. Тип харчування варіювався від переважання в раціоні молочних продуктів до переважання вуглеводів та солодощів. Після проведеного обстеження дизиготних близнюків, також було виявлено високий рівень індексу КПВ у обстежуваній групі, що дорівнював 6.7 і низький рівень гігієни, що дорівнював в середньому 2.3 бали за індексом гігієни Федорова-Володкіної, однак рівень інтенсивності карієсу в парі кожного з дизиготних близнюків був у межах 4-8 балів.

**Висновки:** з отриманих даних можна зробити висновок, що у кожній з пар монозиготних близнюків навіть при різному рівні гігієни та різному типі харчування ми спостерігали однакову інтенсивність ураження карієсом, що може свідчити про однакову структурну резистентність емалі, яка спадково обумовлена в обох близнюків, так як вони мають біля 99 % ідентичних генів. Оскільки дизиготні близнюки спадкують тільки 50% ідентичних генів, то незалежно від того чи обоє близнюки мали однаковий рівень гігієни, чи тип їхнього харчування різнився, рівень індексу КПВ відрізнявся. Виходячи з отриманих результатів можна зробити висновок, що спадковий фактор відіграє важливу роль у виникненні карієсу, але так як карієс є мультифакторним захворюванням, і більшість з етіологічних чинників не були враховані, тому ми не можемо стверджувати про вирішальну роль генетичного фактору у виникненні каріозного процесу, а наші дослідження слід поглибити.

**Summary:** Basing on our research, we can conclude that in monozygotic twins, even with different levels of dental care, oral hygiene and

different type of feeding, we observed the same dental caries rates, which may indicate the same structural resistance of enamel, which is genetically determined in both twins, as they have around 99% of identical genes. Since dizygotic twins inherit only 50% of identical genes, regardless of whether both twins had the same level of dental care, or the type of their feeding was different, the DMF index level was different. Basing on the results, we can conclude that the genetic background plays an important role in causing dental caries, but since the caries is a multifactorial disease, and most of etiological factors were not taken into account, we cannot prove the decisive role of the genetic background in causing dental caries procession. Thus, our investigation will be continued.

ВЕРИФІКАЦІЯ ЛІТЕРАТУРНИХ І СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ЩОДО  
ГЕРМЕТИЗУВАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ДЕЯКИХ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ  
ПЛОМБУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПРИ ПЕРФОРАЦІЯХ У  
ДІЛЯНКАХ ФУРКАЦІЇ КОРЕНІВ ЗУБА

Василова Ольга Іванівна, Жабюк Тетяна Миколаївна

Науковий керівник – асистент кафедри терапевтичної стоматології, лікар  
вищої категорії Рожко Віталій Іванович

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

VERIFICATION OF LITERATURE AND STATISTICAL DATA OF  
SEALING PROPERTIES OF SOME MATERIALS MEANT FOR ROOT  
CANAL FILLING IN CASE OF PERFORATION OF TOOTH ROOT  
FURCATION AREAS

Vasylova Olha Ivanivna, Zhabiuk Tetiana Mykolaivna

Scientific leader: Rozhko Vitalii Ivanovych, Assistant of the Department of  
Therapeutic Dentistry, Highly-Qualified Doctor

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Bukovyna State Medical University, Chernivtsi

**Актуальність теми:** Таке ускладнення як перфорація, зовсім нещодавно значно знижувало позитивний результат ендодонтичного

лікування. З появою на стоматологічному ринку такого матеріалу, як Мінерал триоксид агрегат (МТА) ситуація кардинально змінилася.

**Мета дослідження:** дослідити поширеність використання різних видів МТА стоматологами, залежно від їх хімічного складу та клінічної ситуації.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами було проведено опитування у спільнотах для практикуючих лікарів та студентів-стоматологів. Питання були спрямовані на дії стоматологів у клінічних випадках ендодонтичних перфорацій, вибір матеріалу для регенерації дентину чи герметичного закриття перфорації, причина обраного матеріалу. Крім того, за допомогою аналітичного дослідження проведено обробку раніше опублікованих наукових статей, знайдених в електронних базах даних PubMed, MedLife та CyberLeninka.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дослідження було почато з запитання «Як Ви дієте у випадках ендодонтичних перфорацій?», на що 79% опитуваних відповіли, що використовують матеріали для герметичного закриття перфорацій; 12% опитуваних – пломбують канал за стандартною методикою, а 9 % стоматологів використовують кальційвмісні препарати. Після цього «прибічників» матеріалів для герметичного закриття перфорацій запитали: «Який саме матеріал Ви використовуєте?» У відповідь ми отримали, що 47 % стоматологів використовують МТА ProRoot білий (Dentsply), 17 % - МТА ProRoot сірий (Dentsply), 15 % - МТА Angelus (Angelus), 12 % - IRM (Dentsply), 7 % - Biodentine (Dentsply), 2 % - EndoSequence BioCeramic Sealer. Ну і останнє питання, на яке відповіли стоматологи, звучало так : «Чим саме Вам подобається вибраний матеріал?». У результаті для 55 % стоматологів обраний ними матеріал володіє кращими регенераторними властивостями, 16 % стоматологів відштовхуються від ціни матеріалу, для 9 % позитив полягає у зручності замішування і 20 % обрали власний варіант.

**Висновки:** У відповідях опитуваних спостерігалися розбіжності, оскільки кожен із стоматологів керувався власним досвідом та практичними навичками. Однак найбільшій прихильності серед практикуючих стоматологів завоював МТА ProRoot білий (Dentsply) через свої найкращі регенераторні властивості. Проте широке впровадження Мінерал триоксид агрегату почалося не так давно, що дає надію на те, що з часом поширеність його використання зросте разом із вдосконаленням його хімічного складу.

**Summary:** This work shows the results of the survey focusing on the practitioners and addressing the measures taken by them in cases of perforation

of a root furcation area. The results show that not all practitioners (79%) use materials for hermetic closure of the perforation. The most popular material was MTA ProRoot white (Dentsply), it was chosen by 47% of those who participated in the survey.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ СЕРЕД  
ПАЦІЄНТІВ ЗА ДАНИМИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ КЛІНІКИ  
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ  
О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

Васильєва О.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Вознюк В.П.

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

PREVALENCE OF DENTO-ALVEOLAR DEFORMATIONS IN PATIENTS  
AMONG PATIENTS OF DENTAL CLINIC OF O.O. BOHOMOLETS  
NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

O.S. Vasylieva

Scientific leader: V.P. Vozniuk, Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Professor

Department of Orthodontia and Propedeutics of Prosthetic Dentistry, Faculty of  
Dentistry, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Актуальність теми.** Стан зубо-щелепної системи є одним з головних показників стану здоров'я організму в цілому. Зубо-щелепні деформації можуть призводити до порушення мови, дихання, ковтання, пережовування їжі, патологій СНЩС, жувальної та мимічної мускулатури. Частота зубо-щелепних деформацій серед населення залишається високою. У зв'язку з цим потрібно розробити план своєчасної та ефективної профілактики у дітей з метою попередження формування стійких лицевих ознак патологічного прикусу та їх ускладнень.

**Мета дослідження.** На основі архівних історій хвороб пацієнтів визначити поширеність патологій зубо-щелепного апарату. Класифікувати групи пацієнтів за статтю, зверненням, патологічними

прикусами, зубо-щелепними аномаліями та деформаціями, періодами формування прикусу. Шляхом статистичної обробки даних визначити найпоширеніші форми патологій зубо-щелепної системи у різні вікові періоди.

**Матеріали та методи дослідження.** Проаналізовано 100 архівних історій хвороб пацієнтів на кафедрі ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології НМУ ім. О.О. Богомольця за останні 3 роки (з 2013 р. по 2015 р.).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведений ретроспективний аналіз 100 архівних історій хвороб пацієнтів серед яких 48% чоловіки і 52% жінки. Був проведений розподіл на групи за зверненням, патологічними прикусами, розповсюдженістю зубо-щелепних аномалій та деформацій, періодами прикусу. За зверненням було виявлено, що 82% пацієнтів звернулись за ортодонтичною допомогою по власній ініціативі, 10% були направлені з кафедри дитячої терапевтичної стоматології, 8% направлені з кафедри терапевтичної стоматології. Серед всіх пацієнтів було взято вибірку дітей віком від 12 до 16 років і виявлено, що серед них лікування проводиться переважно незнімною апаратурою. З-поміж 100 пацієнтів, що звернулись за ортодонтичною допомогою, патологічний прикус виявлений у 77%. З них: глибокий – 30ос. ( 39% ), дистальний прикус - 27ос. (35%), перехресний – 7ос. ( 9%), відкритий – 7ос. (9%), мезіальний – 6ос. (8%). Частота розповсюдження зубо-щелепних аномалій та деформацій за даними клініки за 3 роки (з 2013 р. по 2015 р.): патологічний прикус – 77 ос. (50%), аномалії положення окремих зубів – 71ос. (47%), аномалії форми окремих зубів – 4ос. (3%). За періодами формування прикусу : молочний – 14%, змінний – 53 %, постійний - 33%.

**Висновки.** Найпоширенішою формою патологічних прикусів являється глибокий прикус – 30ос. (39%). Найрозповсюдженішою формою зубо-щелепних аномалій та деформацій є патологічний прикус 77 ос. (50%). Чиста форма патологій прикусу не зустрічається, в основному форма поєднана комбінована або складна. Більшість пацієнтів звертається за допомогою до лікаря ортодонта по власній ініціативі. За періодами прикусу найчастіше пацієнти звертаються у період змінного прикусу – 53%, у віці 8-12 років. У період з 12-16років при лікуванні патологій прикусу лікарі надають перевагу незнімним апаратам.

**Summary.** In this work we present the retrospective analysis results of 100 archived clinical charts of patients with dento-alveolar deformations. The

main goal of our research is the statistical data processing and determination of the most common dento-alveolar deformation forms.

## АНАЛІЗ ВПЛИВУ ВИСОКИХ ТЕМПЕРАТУР НА ЕМАЛЬ ТА ДЕНТИН ЗУБІВ В СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗАХ.

Гаврилешко Катерина Іванівна

Науковий керівник – д.мед. наук, проф. Костенко Євген Якович  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет

м.Ужгород

## ANALISIS OF INFLUENCE OF HIGH TEMPERATURES ON ENAMEL AND DENTIN OF TEETH IN FORENSIC EXPERTISE

Havryleshko Kateryna Ivanivna

Scientific leader: Kostenko Yevhen Yakovych, Doctor of Medical Sciences,  
Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University  
Uzhhorod

**Актуальність теми.** Зуби є одними з складових компонентів зубо-щелепового апарату, які залишаються цілісними і не ураженими при дії високих температур, їх стійкість до цих чинників зумовлена їх складом, адже 97% складової зуба є неорганічна речовина, яка забезпечує стійкість зуба до дії несприятливих екзогенних чинників. Морфологічні та рентгенологічні зміни твердих тканин зубів під час дії високих температур можуть виступати аргументами для оцінки впливу, тривалості часу та навіть характеру вогню. Вважається, що різні температури і різний час згорання зубів призводить до обернено-пропорційної зміни кольору зубів (Moreno S., G. Merlaty 2009), а також до різних рентгенологічних змін зубів.

**Мета дослідження.** Оцінити морфологічні та рентгенологічні зміни твердих тканин зубів (емалі та дентину) під дією високих температур.

**Матеріали та методи дослідження.** Зміни в зубах, викликалися з допомогою запалювання їх при температурі (100°, 300°, 500°, 700° і 1000°C) протягом певного інтервалу часу. З стоматологічних показань було видалено 30 постійних зубів: 10 зубів фронтальної групи, 20 зубів жувальної групи - 10 премолярів і 10 молярів. Як правило всі зуби були видалені по ортодонтичним показам, чи по показах пов'язаних із захворюванням пародонта. Після екстракції всі зуби були промиті солоною водою для видалення крові та м'яких тканин. Зуби зберігалися в 10% розчині формаліну. Вони були розділені на 5 груп відповідно до температурного впливу: 100°C, 300°C, 500°C, 700°C і 1000°C.

5 груп зразків піддавали впливу високих температур у муфельній печі Gallenkamp при експериментальних температурах. Зуби помістили в фарфорові заглушки усередині печі і піддавали впливу високої експериментальної температури протягом 30 хв. Їм давали охолонути до кімнатної температури. Після зіпкання проводили рентгенографію тканин зуба. Всі зуби при дії експериментальної високої температури показали різні морфологічні та рентгенологічні зміни .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Зуби мали колір з блідо- до світло-жовтого кольору при температурі 100°C. Коронка зберегла свою поверхню. Рентгенологічні зміни твердих тканин не були помітні на знімках.

При температурі 300°C колір був світло - сірий з темно - сірими плямами на коронці і жовтувато - коричневим кольором кореня зуба. Всі зуби були цілі, але рентгенологічно спостерігалися тріщини між емалю та дентином.

Після зіпкання до 500°C, всі зуби були темно - сірого кольору. Корені були сіро - коричневого кольору. Втрата блиску поверхні помічена не була. Багато зубів розпалося на фрагменти. Рентгенографічна оцінка показала переломи між емалю та дентином, та тріщини в дентині.

При 700°C всі зуби були темно - сірого кольору та розпалися на дрібні фрагменти. Рентгенологічно виявлено багато переломів між дентином і емаллю.

У 1000°C зуби мали нейтральний білий колір з сірими плямами, рентгенологічно наявність великих тріщин емалі та дентину. Дані дослідження наведено в таб.1.

Група	Температура	Час	Кількість зубів	Морфологічні зміни	Рентгенологічні зміни
1	100	30	6	Поверхня	Змін не

				зуба від блідого до блідого - жовтого кольору, глянцева поверхня збережена.	виявлено
2	300	30	6	Поверхня коронки зуба світло - сірого кольору з темно - сірими плямами. Корінь зуба -жовто - бурий.	Тріщини між емаллю та дентином.
3	500	30	6	Емаль темно - синювато - сірого кольору. Корінь - сіро- коричневий. Втрата блиску поверхні зуба.	Переломи між емаллю та дентином і тріщини в дентині
4	700	30	6	Поверхня від блакитно - сірого до блакитно- сіро - темного кольору. Роздробленн я зуба на дрібні	Переломи між емаллю та дентином і тріщини в дентині

				фрагменти.	
5	1000	30	6	Нейтральний білий з блакитно-сірими плямами.	Великі тріщини зуба розповсюджуються через всю поверхню коронки і кореня зуба.

Таб.1 Морфологічні та рентгенологічні зміни твердих тканин зуб.

**Висновок.** Морфологічні та рентгенологічні зміни, викликані вогнем можуть надати корисну інформацію про температуру і тривалість впливу вогню. Це також може допомогти в розумінні обставин за яких здійснювалося обгорання тіла чи залишків зубо-щелепової системи та володіють достатньою інформаційною значимістю для обґрунтування їх використання у ході слідчих розслідувань.

**Summary.** The morphologic and radiographic changes caused by fire may provide useful information about the temperature and duration of the exposure to fire. This can also help to understand the circumstances surrounding the fire. This study can help the forensic investigators to preplan the systematic approach to the preservation of incinerated dentition, as it could prove to be the best evidence for identification of those who are extensively burned.

## ДИТЯЧИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СЕРТИФІКАТ ЯК СПОСІБ ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СТОМАТОЛОГІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ ДИТИНИ

Горзов В.В., Горзов С.С., Кривецький В.В.  
Науковий керівник – к.мед.н. Мельник В.С.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

# CHILD'S DENTAL CERTIFICATE AS THE WAY TO MONITOR THE DENTAL HEALTH OF CHILD IN DYNAMICS

V.V. Horzov, S.S. Horzov, V.V. Kryvetskyi

Scientific leader: V.S. Melnyk, Candidate of Medical Sciences

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry,

Uzhhorod National University, Uzhhorod

**Актуальність теми.** Незважаючи на стрімкий розвиток стоматології поширеність та інтенсивність карієсу зубів серед дітей дошкільного віку має тенденцію до зростання. За даними літератури, поширеність карієсу зубів серед дитячого населення України становить 63,3-98,3-100%. Однією з необхідних умов ефективності стоматологічної допомоги є динамічне спостереження дітей протягом тривалого часу в одного лікаря ( Виноградова Т.Ф., 1988, Морозова Н.В.,2011), що максимально досягається в умовах стаціонарних стоматологічних кабінетах та в організованих дитячих колективах. Розробка реєстраційної форми для складання індивідуальних лікувально-профілактичних програм дітям дошкільного віку, сприяє систематизації даних про соматичний і стоматологічний статус дитини, динамічне спостереження в умовах навчання дитини в дитячому дошкільному навчальному закладі. В сучасній вітчизняній стоматології документація для пацієнтів-дітей дошкільного віку вимагає перегляду та вдосконалення, у зв'язку зі специфікою стоматологічного статусу дитини дошкільного віку.

**Мета дослідження.** Створення та реалізація «Дитячого стоматологічного сертифікату», з допомогою якого буде проводитись динамічне спостереження за стоматологічним здоров'ям кожної дитини, що відвідує дошкільний навчальний заклад, своєчасне виявлення та направлення на лікування стоматологічних захворювань, а також з науковою метою.

**Матеріали і методи дослідження:** основними матеріалами для складання «Дитячого стоматологічного сертифікату» були використані: медична карта стоматологічного хворого (форма № 043/о), карта ВООЗ для оцінки стоматологічного статусу (1997), алгоритм обстеження пацієнта ( дитини). Методи: інформаційний, аналітичний, статистично-математичний, моделювання.

**Результати дослідження та їх обговорення:** розроблений нами «Дитячий стоматологічний сертифікат» умовно розділили на кілька пунктів: Загальна інформація, яка включає в себе: загальні відомості про дитячий дошкільний навчальний заклад, інформацію про дитину (П.І.П., вік, стать, місце народження), інформацію про батьків (П.І.П., вік, стать,

місце народження, контактні телефони), адреса проживання дитини. Анамнез життя батьків: дитина від якої вагітності, як протікала вагітність, перенесені інфекційні та вірусні захворювання матері під час вагітності, спадкові захворювання матері, вживання препаратів під час вагітності, алергологічний анамнез батьків, шкідливі звички, протікання пологів. Анамнез життя дитини: народження дитини (травми, ускладнення, доношена, не доношена), вигодовування (штучне, природне, з якого терміну), дихання (ротове, носове, змішане), використання пустышки (так, ні, протягом якого терміну), введення додаткових продуктів харчування (з якого віку), шкідливі звички (смоктання пальця, язика, щік, закушування губи), алергологічний анамнез (на медикаменти, продукти харчування, хімічні засоби), перенесені інфекційні та вірусні захворювання і їх частота, терміни прорізування молочних зубів. Профілактичні огляди, які включають в себе: первинний огляд (на період поступлення в ДДНЗ) та повторні огляди. Ортодонтичний статус (обличчя - симетричне, асиметричне, пропорційне, непропорційне; звернення до ортодонта (так, ні), наявність ортодонтичного апарата (якщо так, то який, або ні). Диспансерна група. Навчання гігієні порожнини рота та контроль її виконання і ефективності. Направлення до спеціалістів, додаткові обстеження. Рекомендації. Стоматологічний статус дитини на момент закінчення ДДНЗ.

**Висновки:** «Дитячий стоматологічний сертифікат» дасть можливість систематизувати дані про соматичний і стоматологічний статус дитини, проводити динамічне спостереження за стоматологічним здоров'ям дитини на період навчання в дитячому дошкільному закладі, зниження кількості та своєчасне направлення на лікування виявлених стоматологічних захворювань.

**Summary:** "Child's dental certificate" registration form, which includes: the development of an individual treatment-and-prophylactic programs in preschool children - contributes to the collection of the systematic data on somatic and dental condition of the child, and allows performing the dynamic observation in the learning environment of the child in preschool educational institution. The introduction of this document will significantly reduce the level of dental diseases, and, thereby, will improve the level of dental health.

ВИКОРИСТАННЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ІНДИКАТОРІВ  
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ПІДЛІТКІВ м. УЖГОРОДА  
Горзов Л.Ф.

Науковий керівник - к.мед.наук – Мельник В.С.  
Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород

APPLYING EUROPEAN INDICATORS  
OF DENTAL HEALTH IN ADOLESCENTS IN UZHGOROD  
L.F. Horzov

Scientific leader: V.S. Melnyk, Candidate of Medical Sciences  
Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod

**Актуальність теми.** Робочою групою експертів ERO-FDI-WHO з стоматології для моніторингу стоматологічного здоров'я населення країн Європи рекомендовані 40 індикаторів, що включають суб'єктивні (думку користувачів стоматологічних послуг) і об'єктивні (дані професійного стоматологічного дослідження) критерії. Найбільш значимими в цій системі оцінок стоматологічного здоров'я дітей по суб'єктивним критеріям є самооцінка здоров'я та виду своїх зубів, дотримання правильного режиму чищення зубів і прийому солодких продуктів харчування, а також випадки зубного болю; лікарська оцінка стоматологічного здоров'я включає визначення компонентів індексу КПВ і поширеності кровоточивості ясен.

**Мета дослідження.** Метою було визначення специфічності та інформативності європейських індикаторів для оцінки стоматологічного здоров'я і виявлення факторів ризику виникнення карієсу зубів і хвороб тканин пародонта у підлітків.

**Матеріали і методи дослідження.** Стоматологічні огляди двох вікових груп - 12 і 15 років, та анонімне анкетування 15-річних школярів проведені співробітниками кафедри дитячої стоматології. Для дослідження були обрані дві школи, в яких було отримано згоду адміністрації та батьків підлітків. По 50 дітей у кожній віковій групі. При стоматологічному огляді дітей реєстрували КПВ постійних зубів, гігієнічний стан порожнини рота оцінювався за допомогою спрощеного індексу гігієни ОНІ-S Green-Vermillion (1964) і кровоточивість ясен. Анкета містила 10 запитань з декількома варіантами відповідей.

Аналіз отриманих даних проведено шляхом обчислення середніх величин індексів стоматологічного статусу, відсоткового відношення

відповідей на поставлені питання і визначення можливих взаємозв'язків поведінкових факторів зі станом зубів і ясен, а також прийнятності європейських індикаторів для оцінки стоматологічного здоров'я дітей в умовах діючої системи стоматологічної допомоги.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно отриманими нами даними анкетування, тільки 61% 15-річних підлітків практикують щоденну 2-разову чистку зубів. Всього лише 33% підлітків з числа анкетованих використовують для чищення зубів пасти, що містять фториди. Більше 60% анкетованих підлітків не знали, які зубні пасти вони використовують, однак це також негативний фактор, що 15-річні школярі не інформовані про правильний вибір засобів гігієни порожнини рота для профілактики карієсу зубів. Ряд інших суб'єктивних індикаторів також можна віднести до негативних: харчування і куріння. Аналізуючи дані, які відносяться до надання стоматологічної допомоги і «результату», можна відзначити порівняно великий відсоток анкетованих, які звернулися протягом останніх 12 місяців до лікаря-стоматолога з приводу зубного болю - 19-61%. Це може вказувати на недостатньо ефективну щорічну стоматологічну санацію дітей шкільного віку.

Відсоток здорових зубів серед 12 і 15-річних підлітків склав 11% і 6% відповідно, і закономірно у цих дітей виявлено досить високий рівень інтенсивності карієсу постійних зубів: КПВ 3,5 в 12 років та 5,6 у 15-річних. Висока інтенсивність карієсу підтверджується індикатором SiC-index (найвища інтенсивність карієсу зубів), який знаходиться в межах від 5-6 до 8-9 КПВ. Середній ОНІ-S був на рівні 1,6-1,7 од., що оцінюється, як незадовільна гігієна порожнини рота. Очевидно, що даний фактор ризику зумовив велику поширеність кровоточивості ясен: 63% серед 12-річних та 70% серед 15-річних підлітків. Потреба в лікуванні та / або в профілактиці підлітків була в межах 92-100%, що може вказувати на недостатньо результативну планову стоматологічну санацію.

**Висновки.** Визначена висока специфічність і інформативність Європейських індикаторів стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку у виявленні факторів ризику виникнення карієсу зубів і захворювань тканин пародонта, а також в оцінці якості стоматологічної допомоги підліткам, відсотковому відношенню нелікованого карієсу, кількістю видалених постійних зубів і високої поширеності захворювань тканин пародонта.

**Summary.** The specificity and self-descriptiveness of the European indicators for assessment of dental health in adolescents aged 12 and 15 years in Uzhhorod were defined. The oral cavity examination of abovementioned age groups and anonymous survey of 15-year-old teenagers were performed at 2

schools of Uzhhorod for 50 children of every age group with standard terms and using the schemes and questionnaires of World Health Organization of 2013. There were defined the high specificity and self-descriptiveness of the investigated European indicators of oral health of the school age children. These indicators can be used for the monitoring of the medical efficiency of the initial preventive measures of main oral diseases.

## ВПЛИВ РН ШЛУНКУ ТА СЛИНИ НА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЕМАЛІ

Думинець Любов Іванівна

Науковий керівник – к.м.н., доц. М.К. Добровольська  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

## EFFECT OF SALIVA AND GASTRIC PH ON THE RESISTANCE OF ENAMEL

Dumynets Liubov Ivanivna

Scientific leader: M.K. Dobrovolska, Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** На сьогоднішній день спостерігається значне збільшення поєднаної патології органів і систем. Приблизно 10% жінок в різні періоди свого життя страждають булімією, найчастіше - в юнацькому віці. Її наслідки виявляються не так швидко і як правило, не настільки руйнівні. Частіше систематична самоіндукована рвота призводить до руйнування зубів. Шлунковий сік поступово руйнує зубну емаль, змінює колір зубів та рН, викликає карієс. Зуби стають дуже чутливими до високих і низьких температур і з часом все більше руйнуються. В практичній діяльності лікарів-стоматологів, часто зустрічають захворювання слизової оболонки порожнини рота, але з анамнезу хвороби не завжди виявляють пацієнтів з булемією.

**Мета дослідження.** Вивчення вмісту шлункового соку та ротової рідини, їх рН, Вивчення мікрофлори зубоясенних кишень у хворих на булімію. Вплив кислого середовища на емаль зубів.

**Матеріали дослідження.** Матеріал для мікробіологічного дослідження відбирали натще стерильним зондом, також після позову рвоти. Його висівали на поживне середовище (лактоагар, ЖСА, КА, тіогліколеве середовище), культивували та ідентифікували згідно загальних методів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Було встановлено рН метрію, на натще серце рН шлункового соку, вона слабо кисла, після рвоти – кисла різко(1,8 - 3,0), рН ротової рідини натще лужна 6,6 після рвоти знизилась до кислої на 3,0. Також було виявлено в зубоясенних кишнях сарцини, фузобактерії, спірохети, стрептококи(mutans). Емаль зубів гладка зовнішня поверхня з ерозіями, які і є основною ознакою булімії.

**Висновки.** Проведена рН метрія, мікробіологічне дослідження ясенних кишень, також виявленні ерозії емалі на зубах у хворого на булімію. Це вказує на необхідність диференціальної діагностики та постановки діагнозу, і виявлення супутніх захворювань у пацієнтів.

**Summary:** The pH-measurement and the microbiological study of gingival pockets were performed, and the erosion of enamel on the teeth of a patient with bulimia was also detected. This stresses the need of the differential diagnostics and making of diagnosis, as well as of detection of concomitant diseases in patients.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАСТИН «КП-ПЛАСТ АНТИМІКРОБНИЙ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Катеринюк Віталій Олександрович,  
Хороб Оксана Василівна

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор Рожко М.М.  
Кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти,

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

EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF USAGE OF «KP-PLAST-  
ANTIMICROBNIY» IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH  
GENERALIZED PERIODONTITIS

Kateryniuk Vitalii Oleksandrovych,  
Khorob Oksana Vasylivna

Scientific leader: M.M. Rozhko, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Dentistry of Educational and Research Institute of Postgraduate  
Education,

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Актуальність теми.** В комплексній терапії генералізованого пародонтиту (ГП) надають перевагу застосуванню патогенетично обґрунтованих препаратів пролонгованої дії. Недостатньо ефективним є місцеве застосування мазей та гелів через зміну концентрації лікарського засобу в порожнині рота, короткочасного контакту його зі слизовою оболонкою.

Перспективним є використання біорозчинних лікарських пластинок, які відносяться до трансдермальних терапевтичних систем і забезпечують пролонговане введення лікарського засобу. Цими якостями володіють пластинки «КП-Пласт антимікробний» на основі природніх полісахаридів, що містять метронідазол та хлоргексидин. Ці плівки забезпечують локальне та рівномірне вивільнення діючих речовин, зберігаючи їх високу терапевтичну концентрацію.

**Мета дослідження.** Метою нашого дослідження є вивчення клінічної ефективності застосування пластин «КП-Пласт – антимікробний» у хворих на ГП I ступеня.

**Матеріали та методи дослідження.** Під нашим спостереженням і лікуванням знаходилось 17 хворих на ГП I ступеня. Діагностику ГП проводили за класифікацією М.Ф. Данилевського, 1994. Клінічне обстеження пацієнтів та оцінку стану пародонту включало опитування, огляд, визначення глибини пародонтальних кишень (ПК), індексу Рамфйорда (ІР), проби Шиллера-Писарева (Ш-П), числа Свракова (ЧС). Лікування хворих проводилось із застосуванням загальноприйнятої в клінічній пародонтології базисної терапії та місцевого застосування

«КП-Пласт-антимікробний» (ВладМиВа). Пластини «КП-Пласт-антимікробний» наносили на слизову оболонку ясен після зняття зубних

відкладень та рекомендували для самостійного застосування в домашніх умовах у вигляді аплікацій 1 раз на день , протягом 10 днів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати клінічної апробації розробленого способу лікування хворих на ГП засвідчили його ефективність , що підтверджується динамікою клінічних показників. У хворих на ГП I ступеня встановлено зростання глибини ПК до  $3,64 \pm 0,08$  мм , IP до  $4,35 \pm 0,07$  мм . При дослідженні проби Ш-П та ЧС встановлено зростання до  $4,4 \pm 0,38$  та  $1,72 \pm 0,18$  балів відповідно.

Комплексне лікування із включенням плівок «КП-Пласт-антимікробний» для місцевого лікування сприяло суттєвому зниженню досліджуваних показників. Пацієнти, які використовували пластини відмічали значне покращення стану ясен , зниження кровоточивості , зручність при застосуванні плівок у домашніх умовах , їх хорошу адгезію до слизової оболонки ясен. Під впливом лікування зменшувалась глибина ПК на 24,8 % , IP - на 26,2 % , статистично відрізняючись від показників до лікування. Застосована терапія сприяла зменшенню показників проби Ш-П та ЧС в середньому на 91 % проти показників до лікування ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Отримані результати засвідчили ефективність застосування пластин «КП-Пласт-антимікробний» в комплексному лікуванні хворих на ГП та можуть бути враховані при виборі способу лікування. Полімерні плівки «КП-Пласт-антимікробний» забезпечують тривалу терапевтичну дію на тканини пародонту та зручні у застосуванні. Перспективою подальших досліджень є вивчення стану пародонту у цих хворих у віддалені терміни спостережень.

**Summary:** We carried out the investigation of patients with I stage of GP. The complex therapy enhanced by the use of “KP-Plast-antimicrobniy” plates led to the improvement of clinical indexes, that can be proved by the significant decrease of periodontal pockets’ depth, Ramfjord index, Schiller-Pisarev test and Svrakov number. The “KP-Plast-antimicrobniy” polymer films made of natural polysaccharides augmented with metronidazole and chlorhexidine provide long-lasting therapeutic effect on periodontal tissues and are very easy to use.

ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ПАРОДОНТОЗУ В ОСІБ ВІКОМ ВІД 26 ДО 32 РОКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ (ГІНГІВІТ, ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЯ) СЕРЕД МЕШКАНЦІВ УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ

Ковач А.О., Негря А.В., Сливар Н.О., Фогел Е.В., Яник Д.В.

Науковий керівник: проф. Фера О.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет  
м. Ужгород, Україна

FEATURES OF SPREADING OF PARODONTOSIS IN PEOPLE AGED 26 TO 32 YEARS DEPENDING ON RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC TONSILLITIS, DIABETES, HEART DISEASE) AMONG RESIDENTS OF UZHGOROD DISTRICT

A.O. Kovach, A.V. Negrya, N.O. Slivar, E.W.Fogel, D.V. Yanik

Scientific leader: O.V. Fera, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Згідно з останніми даними ВООЗ захворювання пародонту максимально поширені у населення всієї земної кулі. Проте серед всієї групи захворювань пародонту на сам пародонтоз може припадати не більше 2%. На сьогоднішній день реальні причини виникнення пародонтозу так і не були встановлені, але більшість медиків схиляється до думки, що основною причиною розвитку пародонтозу може бути недостатність (неповноцінність) кровопостачання основних тканин ясен, що у важких випадках призводить до атрофії тканин і, як наслідок, до повної втрати зубів. За даними літератури серед науковців і медиків існує припущення, що провідну роль у розвитку захворювання відіграє певна спадкова схильність, різні системні захворювання, порушення діяльності залоз внутрішньої секреції та хронічні форми захворювань внутрішніх органів. В доступній літературі ми не знайшли наукових підтверджень даних припущень.

**Мета дослідження.** Тому нами було поставлено мету дослідити наявність зв'язку між проявом пародонтозу і даними факторами ризику, та на основі отриманих даних підтвердити або спростувати їхній вплив.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами проведено анкетування на основі клінічних обстежень у 30 пацієнтів з наявним захворюванням на пародонтоз. Вік пацієнтів був у межах від 26 до 32 років. У анкеті

пацієнти вказали частоту чищення зубів, вид зубної щітки, наявність родичів хворих на пародонтоз, оголення коренів, наявність зубного каменю, рухливість зубів, каріозних і не каріозних уражень, а також наявність чи відсутність фонових захворювань, зокрема гінгівіту, цукрового діабету, хронічного тонзиліту, захворювання серця і печінки. Для обробки наших результатів ми використали коефіцієнти: рангової кореляції Спірмена, репрезентативності та Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У ході дослідження був проведений аналіз зв'язків факторів ризику та пародонтозу. Для нашого дослідження ми визначили критерій Стьюдента, який при кількості вимірювань (анкет) – 30 та довірчому інтервалу  $p < 0,05$  дорівнює  $t = 2,042$ . Якщо отримані коефіцієнти більші або рівні за це число – тоді вони є значимі, якщо ні – тоді мають випадковий характер. Рівень достовірності  $p < 0,05$  є достатнім для медичних досліджень. З цим показником можна стверджувати з ймовірністю 95%, що результати мають не випадковий характер. Найбільші коефіцієнти Стьюдента мають такі фактори: «Чи хворіли на пародонтоз Ваші родичі?»  $t = 2,65$ ; «Чи наявні у Вас оголення коренів?»  $t = 2,26$ ; «Чи є у Вас дефекти зубного ряду?»  $t = 2,17$ ; «Чи хитаються у Вас зуби?»  $t = 2,22$ ; «Чи є у Вас каріозне ураження зубів?»  $t = 2,16$ ; «Чи є у Вас некаріозне ураження зубів?»  $t = 2,19$ ; «Чи є у Вас відкладення зубного каменю?»  $t = 2,35$ ; «Чи наявні у Вас супутні захворювання?»  $t = 2,64$ ; «Чи маєте Ви шкідливі звички?»  $t = 2,71$ . Також у нашому дослідженні ми визначили коефіцієнт Спірмена і однозначно можемо стверджувати, що на умови виникнення пародонтозу найвищий вплив мають три фактори:

1. «Чи хворіли на пародонтоз Ваші родичі?» - 0,71
2. «Чи маєте Ви шкідливі звички?» - 0,82
3. «Чи наявні у Вас супутні захворювання?» - 0,85

Отже, до визначальних факторів, що впливають на формування та прояв стоматологічної патології можна віднести наступні:

- Спадковий характер виникнення пародонтозу (Спостерігалось серед 13 із 30 опитуваних);
- Наявність шкідливих звичок (Вживання алкоголю спостерігалось серед 4 із 30 опитуваних, куріння тютюну - 17 із 30 опитуваних);
- Наявність супутніх захворювань (Захворювання серця спостерігалось у 5 із 30 опитуваних, захворювання печінки - 1 із 30 опитуваних, цукровий діабет - 4 із 30 опитуваних, гінгівіт - 13 із 30, хронічний тонзиліт - 4 із 30. Також в нашому дослідженні ми визначили коефіцієнт репрезентативності, який означає, що можлива похибка в таблиці коефіцієнту рангової кореляції  $= \pm 0,0000251$ .

**Висновок.** У нашому науковому дослідженні ми (на основі отриманих результатів і коефіцієнтів) можемо стверджувати, що до визначальних факторів, які впливають на формування та прояв пародонтозу можна віднести наступні:

1. Спадковий характер виникнення пародонтозу;
2. Наявність шкідливих звичок ;
3. Наявність супутніх захворювань.

Наші результати є достовірними і на основі них ми можемо порекомендувати не нехтувати регулярними оглядами у лікаря, який зможе своєчасно відзначити початок хвороби, та звичайно дотримуватися всіх гігієнічних заходів, що дозволяють запобігти розвитку багатьох хвороб, які надалі ведуть до виникнення пародонтозу.

**Summary.** The authors emphasize the link between the manifestation of parodontosis in people aged 26 to 32 years and risk factors (gingivitis, chronic tonsillitis, diabetes, heart disease) among residents of Uzhgorod district on the basis of the research results.

ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПАРОДОНТИТУ У ПІДЛІТКІВ 14 -18  
РОКІВ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ (ГІНГІВІТ,  
ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ) У МЕШКАНЦІВ М.  
УЖГОРОДА

Кучмаш Я.О, Попович Е.В., Парлаг В.В., Дем'ян А.М., Мальцева О.М.  
Науковий керівник: професор Фера О.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
Ужгородський національний університет  
М.Ужгород ,Україна

FEATURES OF PERIODONTITIS IN TEENAGERS AGED 14-18 YEARS  
DEPENDING ON RISK FACTORS (GINGIVITIS, CHRONIC  
TONSILLITIS, DIABETES) IN UZHGOROD CITIZENS

Ya.O. Kuchmash, Ye.V. Popovych, V.V. Parlag, A.M. Demian, O.M. Maltseva  
Scientific leader: O.V. Fera, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** На сьогоднішній день пародонтит є поширеним захворюванням і потребує визначення прогресивних методів профілактики і лікування. Для цього необхідно виокремити найпоширеніші фактори, які зумовлюють його виникнення та впливають на його перебіг.

**Мета дослідження.** Метою нашого дослідження є дослідити особливості виникнення пародонтиту у підлітків (14-18 років), встановити закономірність впливу окремих чинників на виникнення, прогресування та загострення даного патологічного стану, проаналізувати за допомогою статистичних методів рівень впливу кожного окремого фактору.

**Матеріали і методи дослідження:** в якості матеріалів даного дослідження ми використали амбулаторні картки підлітків, в яких було зафіксовано наявність пародонтиту чи першоступеневі його прояви; анкети, в яких ми вказали основні симптоми, які трапляються при даному захворюванні (цукровий діабет, зубний наліт, зубний камінь, рухливість зубів, кровоточивість ясен, бруксизм, запах з рота, набряклість, почервоніння ясен, виразки, герпес, шкідливі звички, хронічний тонзиліт, оголення коренів зубів, клацання при відкриванні рота, утруднення при відкриванні, крихкість зубів, каріозні ураження зубів, некаріозні ураження зубів). Дані матеріали використовувались для подання в лікувально-профілактичні заклади – стоматологічні поліклініки, в яких зустрічались пацієнти з вищенаведеною патологією в даній віковій категорії.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У ході досліджень був проведений аналіз взаємозв'язку між виникненням пародонтиту і факторів, які обумовлюють даний процес. За допомогою математичного аналізу (коефіцієнта Стюдента та Спірмена) даних анкетування ми визначили чинники, які безпосередньо призводять до виникнення пародонтиту. Фактори, які найбільше впливають на виникнення пародонтиту: наліт (коефіцієнт Спірмена становить 0,61 – що свідчить про наявність зв'язку, коефіцієнт Стюдента – 2,068), рухливість зубів (коефіцієнт Спірмена – 0,75, Стюдента – 2,081, кровоточивість (коефіцієнт Спірмена – 0,69, Стюдента – 2,072), каріозні ураження (коефіцієнт Спірмена – 0,62, Стюдента – 2,041).

**Висновки.** У результаті проведення даної роботи ми можемо вказати найбільш поширені фактори ризику розвитку пародонтиту, які були встановлені на основі анкетування і статистичної обробки математичних даних. Була розроблена класифікація факторів за силою

впливу на розвиток пародонтиту , на основі розрахування коефіцієнтів і визначення їх взаємозв'язку.

**Summary.** As follows from this work, we can indicate the most common risk factors of the periodontitis progression, which were determined on the basis of questionnaires and statistical processing of mathematical data. The classification of factors according to their influence on the periodontitis progression was developed on the basis of the calculations of ratios and determination of their interconnection.

## ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ІНТРАСЕПТАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Лайош Наталія Василівна

Науковий керівник: к.мед.н., професор О.В.Клітинська  
Кафедра стоматології дитячого віку, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

## ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF INTRASEPTAL LOCAL ANESTHESIA IN DENTAL PRACTICE

Laiosh Natalia Vasylivna

Scientific leader: O.V. Klitynska, Candidate of Medical Sciences, Professor,  
Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National  
University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Застосування сучасних методів знеболення в практичній діяльності є нагальною потребою для практикуючого лікаря-стоматолога. Усунення стресу від больових відчуттів при виконанні стоматологічних маніпуляцій дозволяє продуктивно працювати із пацієнтом, незалежно від його віку та клінічної ситуації. Успішне і безболісне стоматологічне лікування формує позитивне ставлення у пацієнта до візиту до клініки і дозволяє більш ефективно реалізовувати заходи профілактики основних стоматологічних захворювань і їх ускладнень.

**Мета дослідження.** оцінка ролі інтрасептальної анестезії в стоматологічній практиці з визначенням переваг та недоліків.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На сьогодні, в практичній стоматології спостерігають тенденція до більш широкого застосування неklasичних методик місцевого знеболення, частіше застосовується інфільтраційна, плексуальна, інтралігаментарна, а також інтрасептальна анестезії [1]. Інтрасептальна (внутрішньоперетинкова) анестезія є різновидом інтраоссальної анестезії і полягає в ін'єкційному введенні розчину місцевого анестетика в кісткову перетинку між комірками двох сусідніх зубів. Механізм впливу такої маніпуляції пояснюють як поширення розчину двома основними шляхами, що були визначені раніше для внутрішньокісткових способів місцевого знеболення: гаверсові і фолькманівські каналці кістковомозкового простору навколо комірок зубів, включаючи периапікальні ділянки, в яких розташовані нервові волокна, що іннервують періодонт і пульпу; внутрішньосудинне русло, через яке розчин анестетика проникає і поширюється по кровеносних судинах пародонта і кістковомозкового простору щелепи [2]. Внаслідок вищеописаних змін при інтрасептальній анестезії відбувається блокада нервових волокон кісткових і м'яких тканин, а також настає часткова анемізація тканин пародонта, що клінічно визначається зблідненням слизової оболонки ясен навколо місця ін'єкції і підсилює знеболювальний ефект внаслідок додаткової гіпоксичної блокади мієлінізованих нервових волокон, що відповідають за больову чутливість. Таким чином, внаслідок виконання інтрасептальної анестезії розвивається більш виражений знеболювальний ефект, ніж при класичних методиках місцевої анестезії. Крім того, зменшення кровотоку в анемізованих тканинах створює додаткові зручні умови при проведенні кюретажу та інших хірургічних операцій на твердих і м'яких тканинах пародонта. При виконанні інтрасептальної анестезії, як і при інших способах інтраоссальної анестезії, в альвеолярний відросток вводиться невеликий об'єм розчину анестетика - 0,2-0,4 мл. При цьому визначається швидке настання знеболювального ефекту — до 1 хв. Застосування інтрасептальної анестезії супроводжується нечастим виникненням місцевих і загальних постін'єкційних ускладнень. На відміну від інтралігаментарної анестезії, цей спосіб несе менший ризик інфікування тканин [3]. Недоліками методу є: доволі обмежена зона знеболення, яка охоплює тільки тканини, розташовані поруч із місцем ін'єкції; нетривалий період анестезії пульпи зубів внаслідок швидкої елімінації малого об'єму введеного в тканини розчину; неприємний смак розчину анестетика на який може поскаржитися пацієнт, при випадковому витокі розчину із точки ін'єкції [4].

**Висновок.** Інтрасептальна анестезія - є прогресивним різновидом

інтраоссальних анестезій, що має досить високу ефективність при короточасних стоматологічних маніпуляціях, і має заслужене право бути використаним самостійно або в комплексі із іншими видами знеболення в широкій стоматологічній практиці.

**Summary.** The intraseptal anesthesia is a progressive kind of intraosseous anesthesia which has a rather high efficiency during the short-term dental procedures. The intraseptal anesthesia is a simple, inexpensive and convenient method of pain avoidance in dental practice. It provides the effective pain elimination for a limited part of the alveolar bone with a short-time osseous and mucosal ischemia that decreases an intra-operational bleeding. The method has no significant side-effects and was proved as safe enough for patient's life and health.

ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПАРОДОНТИТУ У ОСІБ ВІКОМ ВІД  
18 ДО 24 РОКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРІВ  
РИЗИКУ (ГІНГІВІТ, ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ) У  
МЕШКАНЦІВ М. УЖГОРОДА

Майор І.І., Переста М.В., Сачук А.С., Чобей Д.І.

Науковий керівник: проф. Фера О.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет

Ужгородський національний університет

м.Ужгород, Україна

FEATURES OF PERIODONTITIS IN PEOPLE AGED 18 TO 24 YEARS  
DEPENDING ON RISK FACTORS ( GINGIVITIS, CHRONIC TONSILITIS,  
DIABETES) IN RESIDENTS OF UZHGOROD CITY

I.I. Maior, M.V. Peresta, A.S. Sachuk, D.I. Chobei

Scientific leader: O.V. Fera, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry

Uzhhorod National University

Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Пародонтит є одним з найскладніших та найактуальніших проблем сучасної стоматології. Це зумовлено

труднощами відсутності ранньої діагностики, лікування та особливостями перебігу хвороби. Впродовж життя це захворювання прогресує та призводить до значного руйнування зубного апарату і позбавляє населення основної функції зубів. Актуальність проблеми захворювань тканин пародонта у осіб віком від 18 до 24 років обумовлена ушкодженнями та патологічним процесом тканин пародонта та інших органів і систем організму людини, які впливають на процес гомеостазу, а отже і на працездатність людини. Також він може відображати самостійний стан хворого, ураженість імунної та ендокринної системи. Згідно з даними ВООЗ поширеність захворювань тканин пародонта в Україні становить 60–70 %. Поширеність запальних захворювань тканин пародонта серед осіб 18-24 років потребує вирішення багатьох питань, які пов'язані із запобіганням розвитку патології пародонта та оцінки чинників їх виникнення. Важливим етапом є визначення впливу різних чинників доквілля та соматичних патологій на формування стоматологічного захворювання.

**Мета дослідження.** Визначення чинників, які безпосередньо призводять до виникнення пародонтиту( на основі анкетування пацієнтів віком від 18 до 24 років).

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено анкетування на основі клінічних обстежень у 37 пацієнтів з наявним захворюванням пародонтиту. Вік пацієнтів був у межах від 18 до 24 років. Серед них 5 осіб віком 18 років, 8 осіб-19 років, 4 особи- 20 років, 8 осіб-21 рік, 4 особи -22 роки, 4 особи -23 роки, 4 особи-24 роки. У анкеті пацієнти вказали частоту чищення зубів, вид зубної щітки, наявності утруднення при відкриванні рота, оголення коренів, наявності зубного нальоту, зубного каменю, рухливості зубів каріозних і не каріозних уражень, а також наявність чи відсутність фонових захворювань, зокрема цукрового діабету, хронічного тонзиліту і гінгівіту. Для обробки наших результатів ми використовували коефіцієнт рангової кореляції ,критерій Стьюдента і коефіцієнт репрезентативності.

**Результати досліджень.** У ході досліджень був проведений аналіз зв'язків симптомів розвитку пародонтиту та факторів, які впливають на його розвиток. Зробивши математичний аналіз даних анкетування ми провели межу чинників, які безпосередньо призводять до виникнення пародонтиту. Фактори, які найбільше впливають на виникнення пародонтиту : хронічний тонзиліт, зубний камінь, оголення коренів зубів, бруксизм та шкідливі звички.

**Висновки.** В даному дослідженні було виявлено чіткий зв'язок між екзогенними чинниками, загальносоматичними захворюваннями

(гінгівіт, хронічний тонзиліт, цукровий діабет), симптомами та частотою виникнення пародонтиту у осіб віком від 18 до 24 років у м. Ужгород.

**Summary.** The research revealed a clear link between exogenous factors, general somatic diseases (gingivitis, chronic tonsillitis, diabetes), symptoms and incidence of periodontitis in people aged 18 to 24 years in Uzhhorod.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРИКУСУ В ЗАЛЕЖНОСТІ  
ВІД ХАРАКТЕРУ ХАРЧУВАННЯ У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 6 ДО 12 РОКІВ  
ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Мельник С.В., Спасюк І.Р.

Науковий керівник: проф. Фера О.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород

FEATURES OF FORMATION OF BITE DEPENDING ON THE  
NATURE NUTRITION IN CHILDREN AGED 6 TO 12 YEARS IN  
TRANSCARPATHIAN REGION

S.V. Melnyk, I.R. Spasiuk

Scientific leader: O.V. Fera, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod

**Актуальність теми.** Формування патологічного прикусу є однією із найпоширеніших аномалій зубо-щелепового апарату. Поширення патології прикусу серед дитячого населення м.Ужгорода складає до 90%. Дані щодо патології прикусу варіюються, але відсоток і так значний (Клітинська О.В.,2014). Аномалії прикусу в даному віковому періоді формуються під впливом різних чинників – одним із яких є шкідливі звички. Приблизно 30 % усіх зубощелепних аномалій пов'язані із шкідливими звичками. Серед них: закусування губи або щоки, смоктання пальця чи іншого стороннього предмету, ротове дихання, затискання руки біля щелепної ділянки під час сну, термін використання пустушки, частота вживання твердих харчових продуктів, тютюнопаління, вживання алкоголю.

**Мета дослідження.** Визначення факторів, що мають вплив на формування різних видів прикусу.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено анкетування серед даної групи населення в Закарпатській області, після чого отримано наступні результати: всього анкет – 337, ортогнатичний прикус – 140, відкритий прикус – 101, перехресний прикус – 57, патологічна прогнатія – 22, фізіологічна прогнатія – 17. Виконано гігієнічно-статистичний аналіз впливу факторів способу життя на формування 5 досліджуваних видів прикусу. Виокремлено 15 рушійних факторів, що впливають на формування патологій прикусу та визначено коефіцієнт кореляції за шкалою Чеддока. Також, представлено дисперсний аналіз вищезазначених факторів, а також коефіцієнт репрезентативності.

У процесі обстеження застосовують численні методи, що поділяють на основні та допоміжні. Основні методи дослідження: суб'єктивне обстеження - скарги хворого, анамнез життя, анамнез захворювання, об'єктивне обстеження - загальний огляд, місцевий огляд. У разі потреби, обстеження доповнюють допоміжними методами: лабораторними, функціональними, рентгенологічними, інформаційно-технологічними, математичними, комп'ютерними, статистичними.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У ході дослідження був проведений аналіз зв'язків факторів способу життя та п'яти видів прикусу, що найбільш поширені у даній віковій категорії. Очевидно, що саме за цими факторами добре розрізняються чинники способу життя, які мають вплив на формування патологій прикусу. Відповідно до значень коефіцієнта Спірмена фактор «Стан здоров'я», «Проблеми матері під час вагітності», «Частота чищення зубів» не впливає або має дуже слабкий вплив на формування досліджених нами видів прикусу.

Фактори «Скарги на момент звернення», «Звернення до лікаря-ортодонта», «Звернення до ЛОРа та проблеми з ЛОР-органами», «Інфекційні чи вірусні захворювання» слабо впливають на формування досліджених видів прикусу.

Фактор «Шкідливі звички» дуже слабо або слабко впливає на формування досліджених нами патологічних типів прикусу, але з оберненою високою силою впливає на формування фізіологічних типів. Фактор «Кількість прийомів їжі на день» дуже слабо або з середньою силою впливає на формування досліджених нами типів прикусу.

Фактор «Відвідування логопеда» залежить від самих пацієнтів та їх відношення до свого здоров'я.

Наступні фактори «Травми щелепно-лицевої ділянки», «Тип вигодовування», «Частота вживання твердих харчових продуктів»,

«Використання допоміжних засобів під час чищення зубів» сильно впливають на формування досліджених нами типів прикуса, особливо на розвиток перехресного прикуса та патологічної прогнатії. «Термін використання пустушки» також має сильний вплив на формування патологічних типів прикуса (дуже довгий термін використання), але обернено з середньою силою впливає на формування фізіологічних типів.

Для виявлення відмінностей між видами прикусів застосовували критерій Стьюдента. При кількості вимірювань (анкет) у даній віковій групі та довірчому інтервалу  $p \leq 0,05$  - коефіцієнт Стьюдента  $t=1,983932$ . Якщо отримані коефіцієнти більші або рівні за це число – отже вони є значимі, якщо ні – тоді мають випадковий характер. Рівень достовірності  $p \leq 0,05$  є достатнім для медичних досліджень. З цим показником з 95% ймовірністю можна стверджувати що результати мають не випадковий характер.

Щоб виявити, за якими ж факторами відрізняються п'ять видів прикусу ми провели аналіз, згідно якого до визначальних чинників способу життя, що впливають на формування різних видів прикусу можна віднести наступні: травми щелепно-лицевої ділянки ( $r = 0,95$ ), термін використання пустушки ( $r = 0,86$ ), частота вживання твердих харчових продуктів (0,84), тип вигодовування ( $r = 0,76$ ), проблеми з ЛОР-органами – ( $r = 0,70$ ), звернення до лікаря-ортодонта ( $r = 0,68$ )

Таким чином, наявність прямих кореляційних зв'язків між факторами способу життя та видами прикусів у віковій категорії віком від 6 до 12 років населення Закарпатської області говорить про формування патології прикусу внаслідок впливу чинників способу життя людини, а саме від травм щелепно-лицевої ділянки, терміну використання пустушки, частоти вживання твердих харчових продуктів, типу вигодовування, проблеми з ЛОР – органами, зверненням до лікаря – ортодонта.

**Висновки.** Проаналізувавши дані фактори способу життя ми визначили, чи впливають вони насправді на формування прикусу, якщо впливають, то яким чином. Саме тому, можна зробити висновок, що фактори «Травми щелепно-лицевої ділянки», «Тип вигодовування», «Термін використання пустушки», «Частота вживання твердої їжі» впливають з великою чи середньою силою на формування різних видів прикусу. Ці фактори є рушійними.

**Summary.** Having analyzed the lifestyle factors, we determined whether they actually influenced the formation of occlusion and if it did, how it influenced it. Therefore, we can conclude that the factors "Injuries jaw Land",

"type of feeding," "The term pacifier use", "Frequency of solid food" have an large or average impact on the formation of different types of bite. These are the driving factors.

## ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ФЛЮКТУОРИЗАЦІЇ

Патерега Н.І.

Науковий керівник – проф. Огоновський Р.З.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Кафедра хірургічної стоматології та ЩЛХ (зав. каф. – проф. Варес Я.Е.)

## PECULIARITIES OF PATIENTS' REHABILITATION AFTER ATYPICAL REMOVAL OF THIRD MOLAR TEETH BY MEANS OF FLUCTUORIZATION

N.I. Paterega

Scientific leader: R.Ogonovskiy, Professor  
Department of Oral and Maxillofacial Surgery  
Danylo Halytsky Lviv National Medical University

**Актуальність теми.** Атипове видалення ретинованих третіх молярів є травматичним втручанням, зумовлене особливою будовою і положенням зуба, травмуванням хірургічним інструментарієм навколишніх тканин. Виражений післяопераційний набряк та больові відчуття погіршують якість життя пацієнтів. Тому на сьогоднішній день, окрім заходів, спрямованих на оптимізацію проведення хірургічного втручання, велику увагу приділяють післяопераційній реабілітації пацієнтів.

**Мета дослідження:** здійснити оцінку ранньої післяопераційної реабілітації пацієнтів із ретинованими нижніми третіми молярами при застосуванні флюктуоризації.

**Матеріали та методи дослідження.** Під нашим спостереженням знаходилось 9 пацієнтів у віці 16 – 26 років, яким атипово видаляли непрорізані нижні треті моляри. Після видалення зуба з одного боку проводилась флюктуоризація на ділянку набряклих м'яких тканин і

відповідно дане спостереження було зачислене до основної групи, а після видалення аналогічного зуба з протилежного боку післяопераційний період проходив без фізіотерапевтичного впливу (група порівняння). Після усіх операцій пацієнтам призначали протизапальну терапію та обезболюючі препарати. Для флюктуоризації, яка проводилась впродовж перших 3-х післяопераційних днів, було застосовано прилад низькочастотної електротерапії “Радиус – 01” (Беларусь).

Усім прооперованим хворим визначали інтенсивність больового синдрому за VAS і кількість вжитих доз знеболювальних препаратів (порошок «Німесил»). У динаміці оцінювали післяопераційний набряк м'яких тканин обличчя за запропонованою нами методикою та вираженість запально-м'язевої контрактури жувальних м'язів. Вимірювали потовщення щоки розробленим нами інструментом і місцеву температуру за допомогою термометра з інфрачервоним сенсором моделі “Medisana” FTD (77050) (Чехія).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведеними дослідженнями встановлено, що на 5-ту добу після операції показник за VAS у основній групі був  $0,9 \pm 0,07$ , а у групі порівняння -  $2,4 \pm 0,18$  ( $P < 0,001$ ). Усі 9 пацієнтів відмітили, що при проведенні флюктуоризації в середньому вживали 3-4 порошки за увесь післяопераційний період, а без фізіотерапевтичного впливу – в середньому 5-6 порошків. Післяопераційний набряк, який виник на перший день після видалення нижніх третіх молярів, у групі порівняння ще незначно збільшувався і на другий післяопераційний день, а у основній групі застосування флюктуоризації гальмувало його наростання і показники приросту набряку достовірно ( $P < 0,05$ ) відрізнялись у групах між собою.

Результати обчислення потовщення щік після операції та проведення флюктуоризації становили на 5-ту добу  $0,5 \pm 0,07$  см (у групі порівняння -  $0,9 \pm 0,09$  см,  $P < 0,05$ ). У ці ж терміни відкривання рота також було кращим у основній групі, а місцева температура поверталась до доопераційного показника. Таким чином, ми отримали підтвердження позитивного впливу флюктуоризації при ранній післяопераційній реабілітації на ліквідацію клінічних симптомів гострої запальної реакції у пацієнтів із ретинованими нижніми третіми молярами.

**Висновки.** Проведення флюктуоризації у перші 3 доби після операції атипичного видалення ретинованих нижніх третіх молярів сприяє зменшенню проявів запальної реакції (набряку та болю) і покращує якість життя пацієнтів у ранній післяопераційний період.

**Summary.** Conducting of fluctuarization in the first 3 days after atypical removal of impacted lower third molars reduces manifestations of

inflammatory response (swelling and pain) and improves quality of life for patients in the early postoperative period.

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ МАСОВИХ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ  
СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Ю.О. Мочалов, к.мед.н., доц; В.З. Розлуцька  
Кафедра стоматології дитячого віку  
Ужгородський національний університет

EXPERIENCE OF CONDUCTING LARGE-SCALE MEASURES FOR  
DENTAL DISEASE PREVENTION

Yu.O. Mochalov, Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor; V.Z.  
Rozlutska  
Department of Pediatric Dentistry  
Uzhhorod National University

**Актуальність теми.** Висока поширеність стоматологічних захворювань, зокрема карієсу є багатоаспектною і складною проблемою для України та багатьох країн світу. Незважаючи на інтенсивний розвиток профілактичних засобів та відновлювальної стоматології в Україні та в ряді країн збільшується поширеність карієсу та його ускладнень. Висока собівартість лікування карієсу зубів та його ускладнень ще понад 50 років тому спонукала практичних лікарів та науковців посилено розвивати профілактичні напрямки в стоматології. У результаті - розроблено та рекомендовано ряд заходів та систем профілактики карієсу зубів, які успішно впроваджені у практику охорони здоров'я різних країн [1].

**Мета дослідження:** виявити досвід проведення масових заходів профілактики стоматологічних захворювань та з'ясувати можливості його використання в умовах закарпатського регіону.

**Матеріали та методи дослідження.** Беззаперечну цінність для України сьогодні становить досвід профілактики стоматологічних захворювань країн Центральної Європи. Основою системи стоматологічної профілактики є гігієнічне навчання населення з метою усунення факторів ризику виникнення та розвитку карієсу зубів. Вперше така система була запроваджена в Швейцарській конфедерації у 1950 році. Вказана програма здійснюється за 4 основними напрямками: 1)

освіта населення в області харчування і гігієни; 2) регулярні профілактичні огляди; 3) забезпечення надходження фтору в організм; 4) застосування якісних засобів гігієни порожнини рота. Швейцарський досвід свідчить про успіх програми: у 1964 році середній рівень КПВ+кп у становив – 13, в 1984 році цей показник коливався від 1 до 5, а вже в 2000 році – від 1 до 2 зубів [2].

З 1998 року у Словаччині почала працювати національна програма запобігання поширеності карієсу та зниження його рівня в дошкільнят і школярів - «Здорова усмішка Словаччини». Основні обсяги робіт по програмі виконують зубні гігієністи. Проводяться регулярні заходи по навчанню гігієни порожнини рота дітей дошкільних закладів, початкових класів шкіл. Ця процедура повторюється шість разів протягом навчального року в одному класі. Метою навчань є донести до дітей як правильного доглядати за зубами і яснами. Окремо створена система підготовки фахівців з дентальної гігієни та впроваджено в практику досвід Швейцарської конфедерації по підготовці фахівців із гігієнічного навчання населення. Попередні результати в країні свідчать успішність проекту. З початку роботи вищевказаної програми словацькими фахівцями було встановлено, що за період від 1998 по 2003 рік відбулася редукція інтенсивності карієсу зубів серед дитячого населення на 60%.

На підставі аналізу досвіду європейців та вивчення вітчизняних профілактичних технологій на Закарпатті було розроблено та реалізовано регіональний проект профілактики стоматологічних захворювань. При розробці проекту враховано соціально-економічні, географічні та екологічні умови Закарпаття, які свідчать про необхідність проведення профілактики карієсу серед місцевого населення.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В Закарпатській області реалізовано програму профілактики стоматологічних захворювань «Здорова усмішка дітей Закарпаття». В рамках цієї програми було проведено епідеміологічні огляди 4203 дітей у відповідності з рекомендаціями ВООЗ, віком 5-6 років - для визначення стану твердих тканин зубів тимчасових зубів, віком 12 років – для встановлення стану твердих тканин постійних зубів, діти у віці 15 років – для встановлення стану тканин пародонта. В результаті встановлено, що рівень поширеності карієсу тимчасових зубів складає у 5-6-ти річних дітей – 98,3% при значенні КПВ+кп – 14,9; рівень поширеності карієсу постійних зубів у 12-річних дітей - 91,4% при значенні КПВ – 11,3. Гігієна рота оцінювалась як незадовільна у 89,4% обстежених дітей. Поширеність зубо-щелепних аномалій та деформацій становить 75,4% [4].

В рамках зазначеної програми було проведено 3 польові акції «Здорова усмішка дітей Закарпаття». Перша акція відбулася 15-16 вересня 2011 р. в Ужгороді (площа Шандора Петефі). Координація акцій здійснювалась професорсько-викладацьким складом кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (завідувач: проф. О.В. Клітинська, інструктаж проводили студенти стоматологічного факультету УжНУ, які пройшли стажування в Словаччині та отримали дипломи інструкторів гігієни порожнини рота. Допомогали у здійсненні заходів студенти медичного факультету Університету П.Й. Шафарика в м. Кошице (Словаччина). В рамках акції індивідуальний інструктаж на моделі зубів, увагу акцентовано на техніці чищення зубів та правильності тримання щітки в руках для досконалого очищення усіх поверхонь зубів. Особливе значення надавалось навчанню дітей молодшого шкільного віку. Для заохочення учасникам дарували засоби гігієни рота. Наступна акція відбулась 7 лютого 2012 року в торговельному центрі «Дастор». До гігієнічного навчання залучено всіх охочих. Третя акція проходила 18 травня 2015 року у головному корпусі УжНУ спрямована на гігієнічне навчання студентів немедичних спеціальностей.

**Висновки.** У результаті виявлено актуальні заходи профілактики карієсу зубів, які покликані масово покращити стоматологічне здоров'я закарпатців, набуто досвід проведення гігієнічного навчання населення. Відзначено позитивні зміни гігієнічної культури закарпатців, формування позитивного ставлення до власного здоров'я та зростання соціального статусу лікаря-стоматолога у суспільстві.

**Summary:** The article underlines the value of preventive measures for the sake of dental health. It considers the hygiene education to be a part of such prevention.

АКТИВНІСТЬ ФОСФАТАЗ У КРОВІ ХВОРИХ НА  
ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Льницька Олександра Мар'янівна, Катеринюк Віталій Олександрович,  
Хороб Оксана Василівна, Катеринюк Вероніка Юзефівна,  
Катеринюк Олександр Гаврилович  
Кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної  
освіти,  
Івано-Франківський національний медичний університет,  
м. Івано-Франківськ, Україна

ACTIVITY OF PHOSPHATASES IN BLOOD OF PATIENTS WITH  
GENERALIZED PERIODONTITIS

Plynytska Oleksandra Maryanivna, Katerynyuk Vitalii Oleksandrovych,  
Khorob Oksana Vasylivna, Katerynyuk Veronika Yuzefivna,  
Katerynyuk Oleksandr Havrylovych  
Department of Dentistry of the Educational and Research Institute of  
Postgraduate Education  
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk , Ukraine

**Актуальність теми.** Серед актуальних проблем сучасної стоматології захворювання пародонту займають одне з провідних місць. Важливого значення у патогенезі генералізованого пародонтиту (ГП) надають ферментним порушенням. Тому вивчення активності фосфатаз у крові хворих на ГП сприятиме кращому розумінню патогенезу цього захворювання та розробці патогенетично обґрунтованого лікування.

**Мета дослідження.** Метою нашої роботи було дослідження активності фосфатаз у крові хворих на ГП.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено обстеження 18 хворих на ГП I ступеня, 15 – із ГП II ступеня та 15 осіб із клінічно здоровим пародонтом. Діагностику ГП проводили за класифікацією М.Ф. Данилевського ,1994. Активність лужної(ЛФ) та кислої фосфатази(КФ)в крові визначали за допомогою стандартних наборів. Отримані цифрові дані обробляли методами варіаційної статистики з визначенням критерію достовірності Ст'юдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Отримані результати досліджень засвідчили достовірне зростання активності ЛФ та КФ у крові хворих на ГП. У хворих на ГП I ступеня активність ЛФ зростає на 34 %, при ГП II ступеня на 60 %, порівняно зі здоровими ( $p < 0,001$ ).

При поглибленні патологічного процесу в тканинах пародонту зростає інтенсивність процесів резорбції , що підтверджується зростанням

активності КФ на 81 % при ГП I ступеня. Вдвічі зростає активність КФ при ГП II ступеня, порівняно зі здоровими ( $p < 0,001$ ). Отримані результати підтверджують взаємозв'язок між станом тканин пародонту та активністю фосфатаз у крові хворих на ГП.

**Висновки.** Таким чином, у хворих на ГП встановлено суттєве зростання активності ЛФ та КФ у крові, які корелюють зі ступенями розвитку ГП. Отримані дані можуть бути використані як об'єктивні критерії оцінки глибини патологічного процесу в тканинах пародонту та для розробки патогенетичного лікування з використанням остеотропних препаратів.

**Summary.** We investigated the blood of healthy people and people who suffer from generalized periodontitis (GP). This research intended to determine the activity of phosphatases in blood of patients. On analyzing the research data of people who suffer from GP, we found the increase in activity of alkaline and acid phosphatase. These changes correlate with the stage of disease development. The received research results can be used as objective criteria for evaluating the pathological process in periodontal tissues. They can also help elaborate the pathogenetic substantiated way of the GP treatment.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДИКИ  
ПРОТЕЗУВАННЯ КОМБІНОВАНИМИ МОСТОПОДІБНИМИ  
КОНСТРУКЦІЯМИ З ІНТЕГРОВАНИМИ СИГНАЛЬНИМИ  
ПРИСТРОЯМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ОСІБ, ЧИЯ ДІЯЛЬНІСТЬ  
ПОВ'ЯЗАНА З РИЗИКОМ ДЛЯ ЖИТТЯ

Стецик Андрій Орестович

Науковий керівник – д.мед.н., професор, Костенко Є. Я  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет  
Ужгород, Україна.

CLINICAL AND LABORATORY JUSTIFICATION OF METHODOLOGY  
OF MAKE PROSTHETIC APPLIANCES BY MEANS OF COMBINED  
BRIDGELIKE CONSTRUCTIONS WITH INTEGRATED SIGNAL

## DEVICES WHEN TREATING PERSONS WHOSE ACTIVITY IS RELATED TO RISK TO LIFE

Stetsyk Andriy Orestovych

Scientific leader: Kostenko Yevhen Yakovych, Doctor of Medical Sciences,  
Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University  
Uzhhorod

**Актуальність теми.** Сучасний розвиток стоматологічної галузі та інформаційних технологій дають можливість виготовляти незнімні ортопедичні конструкції, які можна використовувати в якості депо для пристроїв, що можуть реєструвати, передавати та накопичувати інформацію. Для осіб, чия робота пов'язана з ризиком для життя, дані про місце їх знаходження можуть бути використані для порятунку, у випадку непередбачуваних ситуацій. Створення високотехнологічних сигнальних конструкцій та поєднання їх з ортопедичними зубними протезами для використання їх спеціалізованими службами порятунку є актуальним науковим завданням, яке потребує розробки та впровадження.

**Мета дослідження.** Розробка комбінованих незнімних ортопедичних конструкцій з інтегрованими сигнальними пристроями та застосування їх при лікуванні осіб, чия діяльність пов'язана з ризиком для життя.

**Матеріали та методи дослідження.** Електронний чіп, імплантований в зуб, можливо, в майбутньому стане носієм інформації про особистість людини. Над цим працюють бельгійські вчені.

Відомо, що в людському тілі найміцнішою частиною є саме зуби. Вони здатні зберігатися в незмінному вигляді протягом сотень і тисяч років після загибелі людини.

Чіп, поміщений в зуб, володіє безперечними перевагами в порівнянні зі звичайними документами. У ньому може міститися інформація про ім'я, національність, дату народження, стать і паспортні дані.

Інформація залишатиметься легко доступною навіть після загибелі людини незалежно від ступеня збереження особистих речей і останків загиблого. Це суттєво полегшить роботу судово-медичних експертів при ідентифікації жертв природних катастроф і великих терористичних актів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За основу було взято електронний чіп, який ветеринари імплантують домашнім тваринам для того, щоб їх було легше знайти в разі пропажі.

Чіп розміром всього лише з рисове зернятко був поміщений в людський зуб. Зуб піддали механічному впливу, рівному за інтенсивністю навантаженні при відкушуванні і пережовуванні їжі, а також впливу високих і низьких температур. Після всіх випробувань пристрій продовжував працювати.

Тим не менш, серйозною проблемою залишається регулярне розширення і скорочення тканин зуба при повторюваних коливаннях температури, що виникають, зокрема, при вживанні гарячих напоїв.

Дану проблему можна компенсувати за допомогою незнімного мостоподібного протезу з вмонтованим в нього мікрочіпом.

**Висновки.** Використання конструкцій незнімних мостоподібних протезів з інтегрованими в них сигнальними пристроями, при лікуванні осіб, чия діяльність пов'язана з ризиком для життя, допоможуть зменшити ризик в екстремальних умовах та надасть додаткові можливості для порятунку чи ідентифікації особи.

**Summary.** Using designs fixed prosthetic appliances with integrated signal devices in them, the treatment of persons whose activities are connected with the risk to life will help reduce the risk in extreme conditions and will provide additional opportunities for saving or identification.

## ОЦІНКА РЕГЕНЕРАЦІЇ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ З І БЕЗ ВИКОРИСТАННЯ БАГАТОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ PRF(PLATELET RICH FIBRIN)

Боднар Ірина Василівна

Науковий керівник: д.м.н., проф. Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м.Ужгород, Україна

## ASSESSMENT OF INTERNAL REGENERATION OF BONE DEFECTS WITH AND WITHOUT THE USE OF PLATELET RICH FIBRIN

Bodnar Irina

Scientific leader: E.Y. Kostenko, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National  
University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** На даний час набуло поширення використання багаті тромбоцитами плазми в різних сферах стоматологічної діяльності. Оцінка регенерації кісткових дефектів рентгенологічним і клінічним методами дасть змогу визначити доцільність використання PRF і його ефективність.

**Мета дослідження.** Встановлення рентгенологічної та клінічної оцінки кісткових дефектів з і без використання PRF. Обґрунтування ефективності методу PRF.

**Матеріали та методи дослідження .** У дослідженні взяли участь шість пацієнтів із внутрішньокістковими дефектами, які були утворені в результаті хірургічного лікування. Три з них були виповнені біологічною мембраною в момент лікування. Інші три дефекти загоювались без доповнення пластичними матеріалами.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Для оцінки регенерації внутрішньокісткових дефектів були відібрані пацієнти з наступними клінічними ситуаціями: дві резекції верхівки кореня, і чотири атипових видалення восьми зубів та їх коренів .В трьох випадках була застосована методика PRF, а в трьох інших такої методики застосовано не було. Результат регенерації оцінювали протягом трьох місяців після видалення. Оцінка проводилась клінічним методом(огляд,візуальний вигляд), а також рентгенологічно. Рентгенологічна реєстрація репаративних процесів в лунках видалених зубів через 3 місяці змінилася на 1.2 - 3.0 мм ,більше ніж без застосування PRF. За цими критеріями можна відмітити ,що регенерація дефектів із застосуванням багаті тромбоцитами плазми значно краща ніж регенерація дефектів без застосування цього пластичного матеріалу.

**Висновки.** Аналіз результатів проведеного дослідження встановив неабияку ефективність PRF в регенерації дефектів твердих і м'яких тканин щелеп. Регенерація відбувалась швидше, що видно після першого тижня дослідження, а також більш якісно, що видно рентгенологічно після трьохмісячного терміну. Отже, використання багаті тромбоцитами плазми є доцільним і ефективним методом регенерації , що підтверджено клінічно і рентгенологічно.

**Summary.** Our study was to determine the effectiveness of using the PRF method. Analyzing the clinical and radiological results of the study, we concluded that using PRF greatly accelerates and improves the regeneration of hard tissue and soft jaws. Summarizing the results, we recommend using PRF in implantology and dental surgery.

МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ  
ПАРОДОНТА НА ФОНІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ  
ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Гелей Н.І., Гелей В.М.

Науковий керівник: зав.кафедри, д.мед.н., проф. Калій В.В., к.мед.н.,  
доцент Добровольська М.К.

Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та  
онкостоматології, кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний  
факультет, Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

METHODS OF THE TREATMENT OF INFLAMMATORY  
PERIODONTAL DISEASES ON THE BACKGROUND OF SOMATIC  
PATHOLOGY OF THE DIGESTIVE SYSTEM

N.I. Heley, V.M. Heley

Scientific leader: V.V. Kaliy, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of  
the Department, M.K. Dobrovolska, Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Professor

Department of Surgical Dentistry, Oro-Maxillofacial Surgery and  
Oncostomatology, Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** За даними українських і зарубіжних літературних джерел хронічний генералізований пародонтит (ХГП) I-II ст. важкості по частоті захворюваності займає вагоме місце серед патології захворювань пародонта і поєднується з захворюваннями шлунково-кишкового тракту. У 87.7-91.8% випадків пацієнтів із хронічним гастритом зустрічаються патологічні зміни в тканинах пародонта. Анатомо-фізіологічна близькість тканин пародонта і шлунка, спільність їх гуморальної регуляції складають передумови для ускладнення перебігу патологічного процесу в порожнині рота і шлунка. Порожнина рота служить постійним резервуаром *Helicobacter pylori* і орально-оральний шлях передачі являється основним способом інфікування порожнини рота, шлунку. Ерадикація *Helicobacter pylori* в шлунку і порожнині рота, на тлі повної санації, сприяє довиліковування.

**Мета дослідження.** Вивчити особливості стоматологічного здоров'я пацієнтів з супутньою соматичною патологією органів травлення, визначення коректної методики лікування запальних захворювань пародонта.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами проведено огляд та аналіз історії хвороби 23 хворих віком від 18 до 55 років, які поступили в ОКЛ м.Ужгорода на стаціонарне лікування. 8 з них хворіли на хронічний катаральний гінгівіт, а 15 пацієнтів мали діагноз хронічний генералізований пародонтит, на тлі хронічного НР-гастриту. Давність захворювання складала 2-3 роки. Для обстеження використовувалися загальноприйняті методи огляду пацієнтів та клінічні індекси: індекс гігієни порожнини рота ОІН-S (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964), гінгівальний індекс РМА (С. Parma, 1960), індекс Федорова-Володкіної (1971).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Хронічний НР-асоційований гастрит виявлено у 75 % хворих з гінгівітом і 88 % випадків - у пацієнтів з хронічним пародонтитом. Виявлено, що у пацієнтів з високою експансією хелікобактерної інфекції в антральному відділі шлунка спостерігаються більш важкі запально-деструктивні зміни пародонту. У більшості хворих на НР-гастрит з боку порожнини рота проявлялись суб'єктивні відчуття: парестезії слизової оболонки язика, свербіж, порушення саливації і смакової чутливості. При об'єктивному обстеженні виявлено: кровоточивість ясен, наявність клінічних зубоясенних кишень, відкладання м'якого нальоту, зубного каменю, ексудація, рухомість зубів I-II ст., десквамація епітелію язика, зміни величини сосочків, поява афт на слизовій щік і нижньої губи, заїди, неприємний запах з ротової порожнини. Обстеження хворих з індексною оцінкою дозволило у 34,1±0,8% випадках діагностувати хронічний катаральний гінгівіт, а в 64.1±1,1% - ХГП. До проведення лікувально-профілактичних заходів показник індексу гігієни ОІН-S у пацієнтів з НР-гастритом був 1,3±0,25 %, індекс Федорова-Володкіної (1,97±0,34 бала), що свідчило про незадовільний гігієнічний стан ротової порожнини хворих, з боку слизової оболонки рота – гіперестезія язика, глосити, рецидивуючий афтозний стоматит. Позитивна динаміка індексу РМА у хворих з гінгівітом (33,6±1,7%) і пародонтитом (51,23±1,62%) спостерігалася через 4 тижні після лікування: гінгівіту (6,02±0,53%), пародонтиту (22,5±0,79%). Індекс Федорова-Володкіної склав (0,63±0,21 бала), індекс гігієни – (1,3±0,4%). До традиційного протоколу лікування, що передбачає застосування антимікробних, протизапальних препаратів, імуномодуляторів, вітамінних комплексів, ми включили патогенетичну терапію: полоскання антисептичним ополіскувачем «Listerine» 2 рази на добу, після чищення зубів; аплікації бальзаму для ясен «PRESIDENT», який містить у своєму складі гексетидин, що має антипротозойну і антибактеріальну дію проти анаеробних бактерій, якою є *Helicobacter*

pylori, і хлоргексидин - антисептик бактерицидної дії проти широкого кола вегетативних форм грамнегативних і грампозитивних мікроорганізмів, відбувається нормалізація рівня гігієни порожнини рота, що дозволяє домогтися стійкої ремісії захворювань пародонту на тлі патології шлунково-кишкового тракту.

**Висновки.** Таким чином, запальні захворювання пародонту у хворих на хронічний *Helicobacter pylori* - асоційований гастрит, розвиваються на фоні поганої гігієни порожнини рота і персистенції *Helicobacter pylori* в ротовій порожнині. Отримані дані підтверджують важливість лікування, як захворювань пародонту, так і НР-асоційованої патології верхніх відділів травного тракту. Ерадикація *Helicobacter pylori* в порожнині рота служить важливою ланкою вторинної профілактики, як запальних захворювань пародонту, так і патології шлунково-кишкового тракту.

**Summary:** The authors emphasize the positive effect of applying of professional oral hygiene as complex pathogenetic therapy and using antiseptic therapy, which allows the normalization of oral hygiene and stable remission of inflammatory periodontal diseases in patients with gastrointestinal tract disorders.

## ІМУННІ МЕХАНІЗМИ НЕПЕРЕНΟΣИМОСТІ ПЛАСТМАСОВИХ ТА МЕТАЛЕВИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Дзюба М. І.

Науковий керівник: доц. Заячук І.П.

Кафедра патологічної фізіології, медичний факультет

Ужгородський національний університет

м. Ужгород, Україна

## IMMUNE MECHANISMS OF INTOLERANCE OF PLASTIC AND METAL DENTURES

M.I. Dziuba

Scientific leader: I.P. Zayachuk, Assistant Professor

Department of Pathological Physiology, Medical Faculty

**Актуальність теми.** За даними різних авторів частота непереносимості стоматологічних матеріалів становить від 1,7% до 12,3%. В стоматологічній практиці до всіх матеріалів для виготовлення протезів висуваються такі вимоги: відсутність алергенних властивостей, толерантність до тканин, інертність в хімічному і гальванічному відношенні (Назаров Г.І., 1983). Але відомо, що протези викликають гальваноз, хронічні інтоксикації, парестезії, алергічні стоматити, кандидоз (Гожая Л.Д., Копейкін В.І., 1988). Сьогодні в клінічний термін непереносимість матеріалів зубних протезів входять, у зв'язку зі схожістю симптомів, найрізноманітніші захворювання СОПР, що свідчить про недостатнє вивчення етіології та патогенезу НМЗП.

**Мета дослідження.** Метою наукової роботи було проведення порівняльного аналізу досліджень факторів місцевої імунорезистентності в патогенезі непереносимості матеріалів зубних протезів, показників місцевого імунітету і клінічних проявів гальванозу порожнини рота у пацієнтів з металевими зубними протезами, змін активності складу лізоциму в слині після завершення ортопедичного лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження А.В. Цимбалистова, Е.С. Михайлова проводились на 102 пацієнтах. Контрольна група складалась з 27 практично здорових людей з ортопедичними конструкціями, з яких 18 людей без скарг і ознак непереносимості матеріалів зубних протезів (НМЗП) і 57 людей з НМЗП, що розвинулася після заміщення дефектів зубних рядів знімними і незнімними протезами. В роботі використовувались внутрішньоротові епімукозні алергологічні тести (ЕАТ) зі стоматологічними матеріалами поза періодом загострення НМЗП, при відсутності гострих інфекційних захворювань. Для дослідження місцевих захисних факторів використовували слину, в якій визначали рівні IgG, IgM, IgA, sIgA, IgE іммуноферментним аналізом (ІФА) з використанням комерційних наборів ТОВ "Полігност"; рівні специфічних IgE-антитіл до металів - з використанням комерційних тест-систем "Doctor Fooke"; ІЛ-8, ІЛ-4, ІЛ-10, ІНФγ, С3а-компонент комплементу визначали в ІФА комерційними наборами "Цитокін".

**Результати дослідження та їх обговорення.** Найвищий відсоток позитивних реакцій у пацієнтів з НМЗП при проведенні внутрішньоротових ЕАТ з компонентами стоматологічних матеріалів виявлено на зразки сталі (12,5%) і акрилових пластмас, виготовлених з

Фторакса (27,5%). Позитивний ЕАТ тільки з одним із зразків спостерігався в 31,7% випадків. У 66,6% виявлено позитивну реакцію на кілька стоматологічних матеріалів. У 1 хворого виявлена непереносимість всіх матеріалів. Хворі з НМЗП відповідно з клінічною картиною були розділені на дві групи. До першої увійшли хворі без видимих клінічних змін СОПР з стомалгією, а в другу – ті, що мають і об'єктивні симптоми НМЗП. Було встановлено, що у хворих без запальних змін СОПР зі стомалгією достовірно підвищувався тільки рівень ІЛ-8 і був слабкий зворотній кореляційний зв'язок між ІЛ-10 і ІЛ-8. Протизапальний цитокін ІЛ-10 стримував продукцію ІЛ-8. При контактному алергічному стоматиті були достовірно підвищені ІЛ-8, ІЛ-10 та С3а. Утворення локальних імунних комплексів стимулювало макрофаги до вироблення ІЛ-10, що інгібував активність нейтрофілів і макрофагів та сприяв переходу гострої фази НМЗП в хронічну (А.В. Цимбалістов, Е.С. Михайлова). У слині пацієнтів з гальванозом збільшений вміст цитокіну TNF-alfa, що свідчить про наявність імуніопосередкованого запалення слизової оболонки порожнини рота. При гальванозі І ступеня тяжкості - показники ІgM зростають до і понад 0,4 мкг / мл; ІІ ступеня – більше 0,43 мкг / мл (Жидовинов О. В.). Знімні протези з акрилової пластмаси на 5-15 добу після їх встановлення зменшують вміст лізоциму слини і тільки на 20 добу вміст відновлюється. А мостоподібні протези з нержавіючої сталі та металокераміки - збільшують вміст лізоциму на 5-15 добу після протезування, на 20 добу вміст лізоциму в слині стає близьким до початкового (Ергашов Ю.У.).

**Висновки.** В аналізі досліджень було виявлено, що при НМЗП розвивається підвищена чутливість по цитотоксичному типу; активовану місцеву імунну відповідь, про що свідчить посилений синтез прозапальних цитокінів, ІgA, ІgM і підвищений вміст С3а-компонента комплементу; має місце порушення співвідношення синтезу про- і протизапальних цитокінів (ІЛ-8, ІЛ-4, ІЛ-10), гіперактивація системи комплементу (А.В. Цимбалістов, Е.С. Михайлова). Після зубного протезування різко знижується активність лізоциму, який потім повільно відновлюється, що свідчить про негативний вплив металевих протезів на неспецифічну реактивність порожнини рота (Сафаров А. М. та Абілова Р. К., 2010). Збільшення вмісту ІgM і TNF-alfa у пацієнтів з гальванозом порожнини рота свідчить про активацію імунного запалення на слизовій оболонці порожнини рота і є основою розвитку клінічних симптомів.

**Summary.** The research has revealed the developing hypersensitivity by cytotoxic type; activation of the local immune response by the increased synthesis of proinflammatory cytokines, ІgA, ІgM and high content of С3а-

component of the complement; the hyperactivation of the complement system has been found as well (Tsymbalystov, Mikhailov). After dental prosthetics, the activity of lysozyme sharply reduced, then slowly recovered. The increase in IgM and TNF-alfa in patients with galvanosis serves as evidence of the immune inflammation being activated in the oral mucosa and being the basis of clinical symptoms.

### ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗПОДІЛУ ЖУВАЛЬНИХ ТИСКІВ У ПАЦІЄНТІВ З БЮГЕЛЬНИМИ ПРОТЕЗАМИ ІЗ ЗАМКОВОЮ СИСТЕМОЮ ФІКСАЦІЇ

Закурко С.В., Лисейко Н.В., Захарова Г.Є., Етніс Л.О., Ірійчук І.Д.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Неспрядько В.П.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

### ANALYSIS OF DIVISION OF CHEWING PRESSURES IN PATIENTS WITH ATTACHMENT-RETAINED REMOVABLE PARTIAL DENTURES

S.V. Zakurko, N.V. Lyseyko, H.Ye. Zakharova, L.O. Etnis, I.D. Iriychuk

Scientific leader: V.P. Nespriyadko, Doctor of Medical Sciences, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry

Bohomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

**Актуальність теми.** Бюгельні протези із замковими кріпленнями набувають все більшої популярності серед лікарів та пацієнтів завдяки своїм очевидним перевагам у порівнянні з кламерною системою фіксації та частковими знімними пластинковими протезами з утримуючими гнутими кламерами. За рахунок застосування замкових кріплень значно покращується естетичний ефект, а також фіксація знімних протезів, підвищується відсоток відновлення жувальної ефективності в порівнянні з кламерною системою фіксації. Узагальнення даних літературних джерел показує, що потреба у частковому знімному протезуванні серед дорослого населення України становить більше 50% і постійно збільшується. Саме тому, застосування бюгельних протезів з різними типами замкових кріплень є актуальним.

**Мета дослідження.** Вивчити розподіл жувального навантаження та оклюзійні співвідношення у пацієнтів з бюгельними протезами із замковою системою фіксації.

**Матеріали та методи дослідження.** На базі Стоматологічного медичного центру НМУ імені О.О. Богомольця було обстежено 37 пацієнтів із бюгельними протезами із замковими кріпленнями. Розподіл жувального навантаження та оклюзійні співвідношення досліджувались за допомогою діагностичного приладу Tekscan T-Scan® III (Tekscan Inc., США) на різних етапах виготовлення та використання протезів. Спочатку вивчали оклюзійні контакти в положенні максимального міжгорткового змикання та в центральному співвідношенні, шлях зміщення нижньої щелепи з центрального співвідношення в центральну оклюзію, потім – оклюзійні контакти в передній і бічних оклюзіях. Застосування даного діагностичного комплексу дозволяє своєчасно діагностувати оклюзійні інтерференції та усунути їх, що значною мірою покращує функціональні можливості протезування. Дослідження оклюзійних співвідношень проводили одразу після протезування та через три, шість і дванадцять місяців експлуатації бюгельних протезів на атачменах.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Відразу після протезування спостерігаються рівномірні контакти по всьому зубному ряду. Сила оклюзійного навантаження незначною мірою збільшена в ділянці опорних зубів. Збалансованість оклюзії фронтальні/дистальні зуби дещо зміщується в сторону молярів, що забезпечує хороше відновлення функції жування та підтверджується результатами визначення жувальної ефективності за допомогою методу Р.С. Менлі. Протягом періоду від 3-х до 6-ти місяців показники суттєво не змінювались. Характерною була негативна динаміка змін на комп'ютерній оклюдограмі в період від 6 до 12 місяців після протезування, хоча пацієнти відмічали хороші естетичні та функціональні властивості знімних протезів. Дослідження оклюзії показало зниження сили контактів в ділянках сідел протеза та значне зростання оклюзійного навантаження на опорні зуби, у порівнянні з попередньо отриманими результатами.

**Висновки.** Результати нашого дослідження дозволили виявити певні закономірності розподілу жувальних тисків у пацієнтів, що користуються бюгельними протезами із замковою системою фіксації, але ці дані потребують подальшого дослідження. Встановлено, що застосування замкових кріплень для фіксації бюгельних протезів забезпечує хороший баланс оклюзії та високу функціональну ефективність, але через рік експлуатації ці показники знижуються. Тому всі пацієнти з протезами на атачменах не рідше двох разів на рік повинні

проходити огляд за умов диспансерного спостереження. За необхідності слід проводити перебазування протеза. Своєчасна корекція сприяє забезпеченню оптимального контакту з тканинами протезного ложа, попереджує прогресування функціонального перевантаження пародонту опорних зубів і подовжує термін служби знімних протезів.

**Summary.** The study revealed certain patterns of distribution of masticatory pressure in patients who use attachment-retained removable partial dentures. It is established that the use of precision attachments for retention of removable denture provides good balance of occlusion and high functional efficiency, but after a year of use, these indicators are reduced. That is why all patients with attachment-retained dentures at least twice a year must be recalled for check-up. If necessary, the basis of denture should be relined. Appropriate correction helps ensure optimum contact with the prosthetic bed tissues, prevents the progression of functional overload of periodontium of abutment teeth and prolongs the life of dentures.

## ХАРАКТЕР ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОКЛЮЗІЙНОГО ВЕДЕННЯ У ОСІБ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП З РОБОЧОЮ НАПРАВЛЯЮЧОЮ ФУНКЦІЄЮ (РНФ)

Коваль Є.А., Хадіян Єкта М., Парій В.В.,  
Дядік І.Г. Пашкевич В.В.

Науковий керівник: професор Неспрядько В.П.

Кафедра ортопедичної стоматології, Стоматологічний факультет,  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

## THE CHARACTER OF FUNCTIONAL OCCLUSION KEEPING IN PERSONS OF DIFFERENT AGE GROUPS WITH OPERATING DIRECTING FUNCTION

E.A. Koval, M. Nadian Yekta, V.V. Parii, I.G.

Dyadik, V.V. Pashkevich

Scientific leader: V.P. Nespryadko, Professor of the Department of Prosthetic  
Dentistry of the Bohomolets National Medical University  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Bohomolets National  
Medical University, Kyiv, Ukraine

**Актуальність теми.** В повсякденній практиці важливим стає вивчення точок оклюзійних контактів, з'ясування шляхів досягнення рівномірного розподілу навантажень і відновлення плавного і одномоментного змикання зубів. Це дозволить легко і швидко попередити проблемні зони протезів для подальшого формування збалансованої оклюзії, плавного ексцентричного руху та усунення можливості розвитку передчасних контактів. Така тактика дозволить уникнути розвитку рецесій, гіперчутливості, оклюзійних травм періодонту, скронево-нижньощелепного суглобу і досягнути балансу функціональної напруженості м'язів.

**Мета дослідження.** Визначити та оцінити характеристики функціонально-оклюзійного ведення (ФОВ) у осіб з РНФ різних вікових груп.

**Матеріали та методи дослідження.** Для розподілу пацієнтів відповідно вікових періодів було взято за основу класифікацію Симпозіуму по віковій морфології та фізіології. При клінічному обстеженні 182 осіб визначався тип РНФ при латеротрузійних рухах нижньої щелепи.

**Результати досліджень та їх обговорення.** В першій віковій групі 18-25 років іклове ведення (ІВ) визначалось у 15 (23,8%) чоловіків і 13 жінок (20,6 %) складаючи разом 28 осіб (44,4%) з 63 досліджуваних, проти 35 (55,6 %) осіб, що мали групову направляючу функцію (ГНФ), з них у 19 (30,2%) чоловіків і 16 (25,4%) жінок. В другій віковій групі 26-35 років відповідно ІВ визначалось у 9 (16,4%) чоловіків і 7 жінок (12,7%) складаючи разом 16 осіб (29,1%) з 55 досліджуваних, проти 39 (70,9%) осіб, що мали ГНФ, з них у 22 (40,0%) чоловіків і 17 (30,9%) жінок. В третій віковій групі 36-45 років відповідно ІВ визначалось у 7 (10,9 %) чоловіків і 8 жінок (12,5%) складаючи разом 15 осіб (23,4%) з 64 досліджуваних, проти 49 (76,6%) осіб, що мали ГНФ, з них у 26 (40,6%) чоловіків і 23 (35,9%) жінок. Таким чином чітко виявлена тенденція до збільшення відсотку осіб з ГНФ з віком. Так в першій віковій групі ГНФ визначена у 55,6 %, в другій віковій групі - 70,9 % і в третій віковій групі - 76,6 %.

Величина жувального навантаження та особливості його розподілу в нормі характеризувалися значними індивідуальними варіаціями та залежали від анатомічних характеристик зубощелепного апарату, сили скорочення жувальних м'язів та виду оклюзії. Застосування комп'ютерних методів дослідження оклюзійних співвідношень дозволяє покращити адаптацію до ортопедичних конструкцій, запобігати виникненню супраконтактів при протезуванні пацієнтів. Дуже показовим

є застосування комплексу БіоРак-III, коли можна наглядно та об'єктивно дослідити динамічні оклюзії, порівняти отримані дані, проаналізувати результати. При даному дослідженні добре видно особливості латеротузії, як ІВ, так і ГНФ.

**Висновки.** Згідно отриманих даних про характер ФОВ у осіб різних вікових груп з РНФ та неперервними зубними рядами, ми вважаємо, що для відновлення цілісності зубного ряду незнімними зубними протезами необхідно відтворити форму оклюзійних фасеток стирання окремих зубів і форму оклюзійних поверхонь зубних рядів характерних для природного стану жувального апарату відповідного віку.

**Summary:** This paper analyzes the characteristics of age-related changes of the group function occlusal surface of the guide alignments according to clinical and laboratory research for the appropriate age-related changes in the bioelectric activity of masticatory muscles by means of electromyography and computer hardware and complex Bio-Pack.

## ОЦІНЮВАННЯ ЗМІНИ ГЛИБИНИ ТА РАДІУСУ САГІТАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЙНОЇ КРИВОЇ ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ПРОРІЗУВАННЯ ЗУБІВ МУДРОСТІ

Копичин Катерина, Філяк Юлія

Науковий керівник: Дидик Наталія Михайлівна, к.м.н., асистент  
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,  
кафедра ортопедичної стоматології, м. Львів, Україна

## EVALUATION OF DEPTH AND RADIUS CHANGE OF SAGITTAL OCCLUSAL CURVE AFTER FULL ERUPTION OF WISDOM TEETH

Korychyn Kateryna, Filyak Yuliya

Scientific leader: N.M. Dydyk, Candidate of Medical Sciences, Assistant.

Lviv Danylo Halytsky National Medical University

Department of Prosthetic Dentistry, Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Крива Шпес, або сагітальна оклюзійна крива, - це анатомічний вигин оклюзійної поверхні зубного ряду нижньої щелепи у бокових ділянках. Описав її вперше німецький анатом Фердинанд Граф фон Шпес у 1890 р. Це уявна крива, яка з'єднує щічні

горбки бокових зубів нижньої щелепи, починаючи від ікла до останнього моляра. Якщо продовжити цю криву, вона утворить коло яке буде проходить через суглобову голівку нижньої щелепи. Приблизний діаметр цього кола буде становити 10 сантиметрів (4 дюйми) і залежатиме в основному від увігнутості кривої Шпее. Форма оклюзійної площини не рідко зазнає змін внаслідок прорізування третіх постійних молярів, яке відбувається вже в дорослому віці. Залежно від розташування зуби мудрості можуть ставати оклюзійною перешкодою при екскурсіях нижньої щелепи.

**Мета дослідження.** Вивчити параметри сагітальної кривої Шпее – радіус кривизни та глибину кривизни у пацієнтів з прорізними третіми молярами нижньої щелепи.

**Матеріал і методи дослідження.** Для дослідження відібрали 10 пар діагностичних гіпсових моделей пацієнтів віком від 19 до 30 років з інтактними зубними рядами нижньої щелепи та наявністю трьох молярів з кожного боку зубного ряду. Отримали цифрові фотографії кожної моделі з обох боків (справа і зліва). На гіпсових моделях відзначали маркером три точки — на іклі (кут між ріжучим краєм та дистальною поверхнею), на другому молярі (вершина дистального горба), на третьому молярі (вершина дистального горба). За допомогою циркуля визначили довжину відстаней між зазначеними точками. Такі ж вимірювання проводили і по цифрових фотографіях моделей нижньої щелепи. 20 отриманих цифрових фотографій внесли для опрацювання у програму «AutoCAD 2013 for student » і змаштабували. На кожній фотографії за трьома позначеними точками будували коло та вимірювали його радіус). Визначивши середину відрізка між двома найвищими точками, проводили перпендикуляр до кола та виміряли його довжину, що становило глибину кривої Шпее. Аналогічним чином будували сагітальні оклюзійні криві та визначали їх параметри – радіус та глибину – обираючи фіксовані точки на іклі (кут між ріжучим краєм та дистальною поверхнею), на другому премолярі (вершина щічного горба), на другому молярі (вершина дистального горба). Зафіксовані в артикуляторі SAM моделі вивчали за допомогою пристосування (адаптера) Occlusal Plane Analyzer – аналізатора оклюзійної площини. Досліджували наявність відхилення сагітальної оклюзійної кривої від ідеальної кривої радіусом 10 см, створеної із застосуванням аналізатора площини оклюзії в артикуляторі.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Середнє значення радіуса кривої Шпее зубного ряду нижньої щелепи без третіх молярів становило 15,4 см, у той час як середнє значення радіуса кривої Шпее зубного ряду нижньої щелепи з прорізними третіми молярами було

меншим і становило 12,9 см. Глибина кривої Шпее з восьмими зубами становила від 0,1 до 0,6 (середнє значення 0,26), а без зубів мудрості від 0,02 до 0,19 (середнє значення 0,12).

**Висновки.** Сагітальна оклюзійна крива при наявності третіх постійних молярів характеризувалася більш вираженою увігнутістю з радіусом кривизни, яка відхилялася від ідеальної кривої.

**Summary.** We evaluated the change in parameters of the curve of Spee (the radius of the curved segment and the depth of the curve) in patients with well erupted lower third molars. The average radius of the curve of Spee of the mandibular dental arches without the third molars was 15.4 cm, while the average radius of the curve of Spee of the mandibular dental arches with well erupted third molars was smaller – 12.9 cm. The curve of Spee, in the presence of fully erupted mandibular third molars, has a smaller radius and deeper curvature as compared to the curves of Spee of mandibular dental arches without third molars.

## ВПЛИВ МЕТОДІВ АБРАЗИВНОЇ ОБРОБКИ НА ОСОБЛИВОСТІ РЕЛЬЄФУ МЕТАЛО-КЕРАМІЧНОЇ ПОВЕРХНІ ВЗІРЦІВ

Крулик В.В.

Науковий керівник: д.мед., проф.. Потапчук А.М.

Кафедра стоматології післядипломної освіти, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород, Україна

## INFLUENCE OF ABRASIVE PROSESSION METHODS ON THE PECULIARITIES OF METAL-CERAMIC SAMPLES SURFACE RELIEF

V.V. Krulyk

Scientific leader: A.M. Potapchuk, , Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Postgraduate Dental Education, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Закордонна і вітчизняна клінічна практика свідчить про те, що одним із найбільш частих ускладнень в процесі користування метало-керамічними протезами є руйнування керамічного шару. Сколи кераміки можуть виникати в емалі, дентині, опаку, а також на рівні металу та оксидного шару. Якість реставрації сколів залежить від

багатьох факторів, в тому числі і від природи поверхні, її модифікування і параметрів шорсткості.

**Мета дослідження.** Метою дослідження було вивчення особливостей морфологічного рельєфу метало-керамічних взірців залежно від методів і технологій їх абразивної обробки.

**Матеріали та методи дослідження.** Експериментальні дослідження проведені на взірцях із кобальт-хромового сплаву (10x10x0,5 мм), які оброблялися двома методами. У першій групі зразків металеву поверхню обробляли абразивною головкою «Komet» фірми Gebr. Brasseler (Німеччина) - 10 зразків та інтраоральним піскоструминним апаратом Danville MicroEtcher ІА (Danville Materials, США) - 10 зразків. У другій групі на поверхню зразків наносили ґрунт (10 зразків) і дентин (10 зразків) у технічній лабораторії, потім також проводили обробку двома методами: абразивною головкою «Komet» - 10 зразків та інтраоральним піскоструминним апаратом Danville MicroEtcher ІА - 10 зразків. Оптимальний час дії абразивної обробки на поверхню експериментальних зразків вивчався в різних часових інтервалах - 5, 10 і 15 секунд.

Морфологію поверхні досліджуваних зразків вивчали за допомогою діагностичного комплексу «Micro Measure 3D Non contact Profilometry».

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вивчення параметрів шорсткості ( $R_a$ , мкм) поверхонь металу і металокерамічних зразків залежно від тривалості дії інтраорального піскоструминного апарату і абразивної головки показало, що значення  $R_a$  металу, ґрунту та дентину достовірно ( $p > 0,05$ ) не відрізнялися в підгрупах досліджуваних зразків між собою протягом 5, 10 і 15 секунд, що свідчить про достатність часу дії абразивних методів для підготовки поверхні досліджуваних зразків інтервалом від 5 до 10 секунд. Результати проведених досліджень з вивчення ступеня шорсткості металевій поверхні зразків показали, що найбільшу глибину нерівностей рельєфу створює обробка інтраоральним піскоструминним апаратом. Саме дана обробка створює найбільш оптимальний рельєф поверхні, про що свідчить найменший діапазон відхилень значень  $R_a$ . Обробка абразивною головкою полірує поверхню, чим створює шорсткість (зменшення середньої величини  $R_a$  до  $1,14 \pm 0,02$  мкм), при цьому відносна неоднорідність рельєфу збільшується, а діапазон відхилення середніх значень глибини западин рельєфу  $R_a$  збільшується до 71%. Результати проведених досліджень з вивчення ступеня шорсткості металокерамічної поверхні зразків другої групи показали, що найбільша глибина нерівностей рельєфу спостерігається у металу з нанесенням лабораторного ґрунту. Нанесення на поверхню металу з ґрунтом шару дентину в лабораторії вирівнює поверхню

металокерамічної композиції, так як шорсткість дентинного шару менш виражена в порівнянні з ґрунтом, візуально його поверхня досить гладка з незначною кількістю відкритих мікропор на поверхні дентину, які покращують закріплення завершального емалевого шару.

Обробка лабораторного ґрунту з дентином інтраоральним піскоструминним апаратом створює більш виражену шорсткість поверхні металокерамічної композиції в порівнянні з обробкою абразивною головкою (збільшення середньої величини  $R_a$  до  $3,131 \pm 0,079$  мкм), але при цьому значення шорсткості ( $R_a$ ) металу лише з нанесеним лабораторним ґрунтом вище, так як на його поверхні спочатку спостерігається висока глибина нерівностей рельєфу без додаткової обробки. Обробка абразивною головкою, швидше за все, згладжує поверхню, а не створює шорсткість (зменшення середньої величини  $R_a$  до  $2,164 \pm 0,043$  мкм), при цьому відносна неоднорідність рельєфу та діапазон відхилення середніх значень глибини западин рельєфу  $R_a$  зменшується до 32%.

**Висновки.** Аналіз вивчення послідовної зміни мікрорельєфу поверхні металевих зразків після абразивної обробки показав, що вплив інтраорального піскоструминного апарату утворює рівномірний, регулярний і більш виражений мікрорельєф металевої поверхні з середніми значеннями глибини западин до 11,48 % на відміну від застосування абразивної головки, який викликає внаслідок неконтрольованого тиску неоднорідний рельєф із збільшенням середніх значень глибини западин до 72 %, що може призвести до виникнення небажаних напружених ділянок та негативно впливати на надійність послідовних композитних реставрацій.

**Summary.** It was found that the degree of roughness depends on the preparation of metal surfaces, in particular the intraoral sandblasting forms a smooth, regular and more expressed microrelief of the metal surface, while the use of an abrasive head creates heterogeneous relief due to uncontrolled pressure. This can lead to unwanted tense areas and adversely affect the subsequent reliability of composite restorations.

# ЗМІНИ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ У ТКАНИНАХ ПАРАДОНТУ ЩУРІВ НА ТЛІ ДІЇ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ

Лаврін О.Я., Гецько Н.В.

Науковий керівник: к.м.н., доцент Щерба В.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.

Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

## CHANGES OF FREE RADICAL OXIDATION IN PERIODONTAL TISSUES OF RATS AGAINST THE BACKGROUND OF TOBACCO SMOKE

O.Ya. Lavrin, N.V. Hetsko

Supervisor: V.V. Scherba, Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor  
Department of Orthopedic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Horbachevsky Ternopil State Medical University  
Ternopil, Ukraine

**Актуальність теми.** Тютюнокуріння — надзвичайно поширена шкідлива звичка. Нині у світі налічується біля 1,3 млрд людей, що курять. За даними МОЗ України, в останні роки в нашій державі відбувається збільшення кількості курців, нині їх нараховується майже 9 млн. Третя частина «активних» курців визначила свій стаж куріння як такий, що триває понад 20 років. Поширеність куріння серед чоловіків в Україні найвища в Європейському регіоні ВООЗ (67 %). Поширеність куріння серед чоловіків є набагато вищою, ніж серед жінок, особливо в сільських районах. Органи та тканини ротової порожнини і змішана слина є місцем первинного контакту з токсичними та канцерогенними складовими тютюнового диму. Провідне місце в структурі стоматологічних хвороб за розповсюдженістю займають запальні та дистрофічно - запальні захворювання тканин пародонту. Незважаючи на те, що більшість авторів провідну роль у виникненні запальних захворювань пародонту приділяє бактеріальній колонізації, у ряді робіт останніх років відмічено, що мікробна інвазія може бути лише пусковим механізмом у процесі руйнування тканин, які входять до складу пародонту. Отже, вивчення впливу різних екзогенних та ендогенних факторів, в тому числі і тютюнового диму, на механізм локальної тканинної реакції є на сьогодні актуальною проблемою парадонтології.

За сучасними даними, одним з найбільш специфічних маркерів, що дозволяють з достатнім ступенем точності, достовірності та відтворюваності результатів дослідження оцінити рівень продукції

вільних радикалів в організмі, є 8-ізопростан (8-ІП). Це продукт метаболізму в реакціях пероксидного окиснення арахідонової кислоти, ізомерний простагландину F2 $\alpha$ .

**Мета дослідження.** Тому, метою нашого дослідження було вивчити вплив тютюнового диму на вміст 8-ізопростану в тканинах парадонту.

**Матеріали та методи дослідження.** Експериментальні дослідження виконані на 20-ти статевозрілих самцях білих щурів масою 160-180 г. Тварин утримували на стандартному раціоні, з вільним доступом до води і їжі. Щурі були поділені на 2 групи: контрольну (10 особин) і дослідну (10 особин). Утримання тварин та експерименти проводилися у відповідності до положень "Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та інших наукових цілей".

Моделювання пасивного тютюнокуріння здійснювалось шляхом поміщення щурів в спеціально сконструйовану камеру, в якій розподілявся тютюновий дим від цигарок «Прилуки». Розрахунок еквівалентної дози нікотину і часу експозиції тварин тютюновим димом проводився на підставі апробованої моделі Соломінії А.С., 2011 р. та розрахунків Лізурчик Л.В. та Шейди О.В. 2014 р.: якщо середньостатистичний курець викурює одну пачку (20 цигарок) на день, то в організм при цьому потрапляє 20 мг нікотину. Виходячи з цього, еквівалентна доза нікотину для щура, від середньої маси людини 70 кг, складе 0,043 мг на день. З огляду на розрахункові дані, в камеру поміщали по 5 тварин. Задимлення проводили протягом 30 хвилин шляхом спалювання 2-х цигарок. Піддослідні щури проходили процедуру «пасивного куріння» 2 рази на добу. Таким чином, одна тварина в експерименті отримувала максимум 0,048 мг нікотину, що відповідало добовій дозі для людини. Після закінчення кожного 30-хвилинного сеансу тварин витягали з камери і поміщали в стандартну клітку віварію. Щурів контрольної групи поміщали в камеру без задимлення 2 рази на добу протягом 30 хвилин. Тривалість експерименту склала 21 день. Концентрацію 8-ізопростану в супернатанті гомогенату парадонту визначали імуноферментним методом за допомогою набору «8-isoprostane ELISA» фірми «USBiological» (США). Отримані дані виражали в пг/мл.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Концентрація 8-ізопростану в супернатанті гомогенату парадонту щурів контрольної групи становила (3,94 $\pm$ 0,18) пг/мл. У тварин дослідної групи даний показник зріс у 2,9 рази і становив (11,50 $\pm$ 0,39) пг/мл. Це свідчить про те, що на тлі дії тютюнового диму в тканинах парадонту розвивається

оксидативний стрес, що характеризується збільшенням інтенсивності продукування активних форм кисню. З молекулярної точки зору найбільш небажаними наслідками надлишку активних форм кисню є їх взаємодія з амінокислотними залишками в молекулах протеїнів, денатурація функціонально циркулюючих і структурованих в тканинах білків, а також денатурація ДНК.

**Висновки.** Отже, у щурів на тлі дії тютюнового диму, в тканинах парадонту достовірно зростає генерація активних форм кисню, що вказує на виражений дисбаланс вільнорадикального гомеостазу.

**Summary.** Smoking is a very common bad habit. There is about 1.3 billion smokers in the world now. Organs and tissues of the mouth and mixed saliva are primary points of contact with toxic and carcinogenic components of tobacco smoke. According to the current data, one of the most specific markers which allows assessing the level of production of free radicals in the body is 8-isoprostane. It is a product of metabolism in the reactions of peroxidation of arachidonic acid. Therefore, our study intended to investigate the effect of tobacco smoke on 8-isoprostane content in tissues of paradont. Experimental studies were performed on 20 adult male white rats weighing 160-180 g. Animals were kept on a standard diet with free access to food and water. Modeling of passive smoking was carried out by placing rats in a specially designed chamber in which tobacco smoke from cigarettes "Pryluky" was distributed. The experiment lasted 21 days. The concentration of 8-isoprostane in paradont homogenate was determined by ELISA method using a set of «8-isoprostane ELISA» of «USBiological» Company (USA). The concentration of 8-isoprostane in supernatant fluid of paradont homogenate of rats in the control group was  $(3,94 \pm 0,18)$  pg/ml. In animals of the experimental group, the index increased by 2.9 times and was  $(11,50 \pm 0,39)$  pg/ml. Thus, rats against the background of tobacco smoke in the tissues of paradont have shown significantly increased generation of reactive oxygen species, which indicates a pronounced imbalance of free radical homeostasis.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ  
ЕЛЕКТРОАНАЛГЕЗІЇ ТА ПРЕПАРАТУ „МІЛЬГАММА” ПРИ  
ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОДОНТОГЕННУ НЕВРАЛГІЮ  
ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА

Лялька Мар'яна, Назаревич М.Р.

Науковий керівник: В.В. Панькевич

кафедра щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології,  
стоматологічний факультет, Львівський національний медичний  
університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

FEATURES OF APPLYING THE METHOD OF TRANSCRANIAL  
ELECTROANALGESIA AND «MILHAMMA» IN THE TREATMENT OF  
PATIENTS WITH ODONTOGENIC TRIGEMINAL NEURALGIA

Lalka Mariana, Nazarevuch M.R.

Scientific leader: V.V. Pankevuch

The Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Faculty of  
Dentistry, Danylo Halytsky Lviv National Medical University,  
Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** На сьогодні проблема лікування НТН одонтогенного генезу залишається актуальною. Навіть після якнайшвидшого усунення етіологічного фактора, який спровокував захворювання хворі скаржаться на інтенсивні та постійні болі. В класичну медикаментозну схему лікування ОНТН входить призначення ненаркотичних анальгетиків, антигістамінних препаратів, транквілізаторів, нейролептиків, кортикостероїдів та фізіотерапевтичних методів. Проте, дане лікування має суттєві недоліки: чинить негативний системний вплив на організм і з часом настає звикання до препаратів, що робить їх застосування неефективним. Ці обставини спонукають до пошуку ефективних та етіопатогенетично спрямованих консервативних методів лікування ОНТН. Варте уваги ефективного застосування транскраніальної електроаналгезії у лікуванні неврологічних захворювань. Також серед лікарів клініцистів добре зарекомендувало включення у схему лікування неврологічних захворювань сучасного препарату «Мільгамма».

**Мета дослідження.** Поліпшити лікувальний процес у хворих з одонтогенними невралгіями трійчастого нерва.

**Матеріали та методи дослідження.** Згідно даних ретроспективного аналізу історій хвороб хворих Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, за період з вересня 2012 р.

по жовтень 2015 р., на стаціонарному лікуванні знаходилося 80 хворих з діагнозом „Одонтогенна невралгія трійчастого нерва”. Дослідження було проведено у 30 хворих – 25 жінок і 5 чоловіків. За гендерним розподілом основна частка випадків ОНТН спостерігалась у жінок. Середній вік хворих складав від 40 до 60 років. Всіх хворих було розділено на 2 групи – по 15 у кожній. До 1 (основної) групи увійшло 15 хворих, яким здійснювалось лікування за новою розпрацьованою схемою. До 2 (контрольної) групи увійшло 15 хворих яким проводилась традиційна схема лікування. Після усунення основних факторів розвитку ОНТН: проведення декомпресії нерва в кісткових каналах, якісної санації порожнини рота, адекватного протезування, хворим основної групи протягом місяця призначали препарат „Мільгамма”. Щоденно, протягом 10 діб, хворим цієї групи здійснювали сеанси транскраніальної електроаналгезії із застосуванням портативного апарата «Радіус – 01 Краніо» по лобно-потиличній методиці частотою 1000 Гц, тривалістю імпульсу 0,1-0,3 мс. Хворі контрольної групи отримували полівітамінний препарат „Нейрорубін” – по 3 мл в/м, через добу, протягом місяця, нестероїдний протизапальний препарат „Ефералган” по 500 мг 3-4 рази на добу, курс – 3 дні, протиалергічний препарат „Фенкарол” по 0,025 – 0,05 мг, 3-4 рази на добу, курс – 10 діб, транквілізатор „Діазепам” по 2,5-5 мг, 2-3 рази на добу – 5 діб, нейролептик „Аміназин” - 0,025 г, 3 рази на добу, курс – 3 тижні. Окрім цього, хворим контрольної групи проводили фонофорез мазі 1% гідрокортизону на ділянку ураження починаючи з 1 доби, курс – 10 сеансів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Спостереження за хворими обох груп проводились безпосередньо в процесі лікування, через 6 місяців та через рік після нього. У хворих основної групи відмічено хорошу переносимість терапії, спостерігалось послаблення, або повне зникнення больового синдрому. У 13 (86%) хворих 1 групи, через місяць лікування констатовано стійку ремісію. У 2 (13%) хворих з ОНТН, що виникла після хірургічної травми було відмічено позитивний результат від отриманого лікування, але дещо повільнішу динаміку одужання. Через 6 місяців після проведеної терапії з 15 хворих тільки 1 (15%) звернувся із скаргами на загострення ОНТН. Через рік після лікування у всіх хворих основної групи спостерігалась стійка ремісія. У хворих контрольної групи, незважаючи на позитивну динаміку спостерігалось чимало побічних ефектів. Серед них: порушення з боку шлунково-кишкового тракту, сухість, або гіперсаливація слизової рота, набряки обличчя та кінцівок, гіпотензія. Через місяць після проведеного лікування у 8 (53%) хворих 2 групи констатовано ремісію, а у 7 (46%) хворих ефект від

лікування був незначним. Через 6 місяців, повторно госпіталізовано із загостренням ОНТН 7 (46%) хворих 2 групи. Через рік після лікування рецидив трапився у 8 (53%) хворих з 15. Цим хворим рекомендовано хірургічне лікування ОНТН.

**Висновки.** В ході проведеного дослідження виявлено, що метод транскроаналгезії та використання препарату „Мільгамма” при лікуванні хворих на ОНТН чинить виражену та тривалу аналгезуючу дію за відсутності будь-яких побічних ефектів. На підставі проведених контрольних оглядів через місяць, 6 місяців та рік після лікування виявлено, що у хворих 1 групи у більшості випадків спостерігалась стійка ремісія, на відміну від хворих 2 групи, що свідчить про високу ефективність обраної нами схеми лікування.

**Summary.** Today the problem of treating OTN odontogenic genesis remains relevant. It is necessary to improve the treatment process for patients with odontogenic trigeminal neuralgia. The study found that the method of transcranial electroanalgesia and usingf «Milhamma» in the treatment of OTN has a strong and lasting analgesic influence without any side effects.

## ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ЕКЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА СТАН ЗУБІВ ТА ТКАНИНИ ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З ПРОЯВАМИ БРУКСИЗМУ

Марушинець Я.Я.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Добровольська М. К.  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет  
м. Ужгород, Україна

## STUDYING THE INFLUENCE OF EXOGENOUS FACTORS ON TEETH AND PARODONT IN PATIENTS WITH BRUXISM

Ya.Ya. Marushynets

Scientific leader: M.K. Dobrovolska, Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Professor

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Бруксизм – захворювання поліетіологічного характеру, що проявляється порушенням нейром'язового комплексу зубощелепної системи, з наступними серйозними порушеннями. Проведено аналіз результатів досліджень, присвячених сучасним поглядам на проблему етіології та патогенезу бруксизму. На сьогодні механізми виникнення парафункцій жувальних м'язів до кінця не розкриті. Вивчення факторів, що призводять до виникнення бруксизму, є одним із методів раннього виявлення цієї патології та профілактики серйозних ускладнень. Особливе значення має проблема у людей молодого та середнього віку, які проживають в ендемічних зонах. Це обумовлює актуальність наукового дослідження для сучасної стоматології.

**Мета дослідження.** Визначення впливу екзогенних факторів на пацієнтів із захворюванням твердих тканин зубів та тканин пародонта, у яких було виявлено прояви бруксизму.

**Матеріали та методи дослідження.** Для даного дослідження було використано методи: 1)- анкетування, 2)- клінічний. У дослідженні взяли участь 53 людей різних вікових груп, після проходження анкетування було проведено огляд. Критерії, які бралися до уваги при анкетуванні: місце проживання; характер харчування; який переважає в раціоні; тип водопостачання та наявність стресових ситуацій в анамнезі пацієнта. Окрім цих питань також поставлені питання про частоту відвідування лікаря-стоматолога; частоту чищення зубів; наявність болей та кровоточивості ясен; неприємного запаху з рота; наявність шкідливих звичок та причина втрати зубів. Для дослідження використовували клінічне обстеження пацієнтів, рентген знімки (ортопантомограми) та анатомічні моделі. Щоб визначити ступінь патологічної стертості у пацієнтів було зроблено панорамні знімки та відлито гіпсові моделі для кращої візуалізації. При огляді тканин пародонту застосовувався пародонтологічний зонд з атравматичним кінчиком для вимірювання глибини пародонтальних кишень. Визначалися гігієнічні індекси ПМА і Федорова- Володкіної.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Після проведеного анкетування було виявлено 14% пацієнтів у яких були прояви бруксизму. Беручи до уваги статистичні дані 74.5% опитаних були жінки і 24.5% чоловіки. Опитуваних поділено на групи: кожна вікова група в діапазоні 10 років. Пацієнтів 20-29 років склало 62%, 10-19 років 15,2%, 30-39 років 13%, 40-49 6,5% переважна більшість, а це 70% проживають в міській місцевості, 27,5% у сільській і 3,5% проживають у гірській місцевості. 90% опитаних перебували в стресових ситуаціях і кожен по різному

знаходив вихід з них 80% самостійно, 7% консультувалися з спеціалістами та 13% вживали лікарські препарати, які допомогли вийти з певної ситуації. В анкеті були поставлені питання про тип харчування, який переважає у раціоні пацієнтів. Статистика показала, що у 67,5% пацієнтів переважає тваринна їжа у раціоні. Характер водопостачання, результатом стали 65% п'ють воду з центрального водопостачання. 35% з автономного (колодязь, скважина). Пацієнтів було опитано про їх стан стоматологічного здоров'я, на «відмінно»-9,4% оцінюють, «добре»-49,1%, «задовільно»-30,2%, «погано»-11,3%. Частоту відвідування лікаря-стоматолога «1 раз на 6 місяців»-18,9%, «1 раз на рік»-22,6%, «звертаються коли турбує біль»-39,6%, «час від часу»-18,9%. Кількість разів чищення зубів, «2 рази на день»-58,5%, «1 раз на день»-37,7%, «декілька на тиждень»-3,8%. Останнє питання, яке було задано це причина втрати зубів, результати, «всі зуби збережені»-64,2%, «травма»-3,8%, «карієс»-17%, «рухомість»-1,9%, «запальні процеси»-13,2%.

У пацієнтів з проявами бруксизму «14% пацієнтів» було встановлено наступні результати.

	Жінки	Чоловіки
Нічний скрежет зубами	5%	9%
Вживання тваринної їжі	32%	68%
Наявність стресових ситуацій	46%	64%
Проживання в міській місцевості	56%	44%
Тип водопостачання (централізоване)	61%	39%
Відвідування лікаря стоматолога	76%	34%
Задовільна гігієна порожнини рота	61%	40%
Наявність шкідливих звичок	28%	72%

**Висновки.** Таким чином, бруксизм – захворювання поліетіологічного характеру, появляється ураженням нейром'язового

комплексу зубощелепної системи. Дослідження показало, що екзогенні фактори мають опосередкований вплив на розвиток бруксизму та можуть бути однією з причин. Разом з цим патологія має велике значення не тільки для стоматології, але і для інших клінічних дисциплін, особливо нейрохірургія, психіатрія, отоларингологія, так як у хворих з парафункцією жувальної мускулатури страждає емоційна сфера, неврологічний статус та інші життєво важливі функції. Даний матеріал показує, що на сьогоднішній день механізми розвитку парафункції жувальної мускулатури залишаються не до кінця вивченими. Вивчення факторів, які призводять до виникнення бруксизму, являється одним із способів раннього виявлення цієї патології і профілактики важких ускладнень.

**Summary.** Bruxism is a disease of polietiological character showing up the damage of neyromuscles complex maxillo dental systems with subsequent serious violations. The analysis conducted by a range of researches with a view of getting a deeper insight into the problem of etiology and pathogeny of bruxism. The presented facts show that to date the mechanisms of the appearance of parafunctions of masticatory muscles are still not completely understood. Studying the factors leading to bruxism is one of methods of early revelation of this pathology and prophylaxis of serious complications.

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОКЛЮЗІЙНО – М'ЯЗЕВИХ КОМПОНЕНТІВ СТОМАТОГНАТИЧНОЇ СИСТЕМИ

Медвінська Наталя Іванівна, к.м.н., доцент

Куц Павло Валерійович, д.м.н., професор, завідувач кафедри  
ортопедичної стоматології

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
м. Київ, Україна

## EXPERIMENTAL STUDY OF OCCLUSAL-MUSCULAR COMPONENTS OF STOMATOGNATHIC SYSTEM

N.I. Medvinska, Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor

P.V. Kuts, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of  
Orthopedic Dentistry  
Department of Orthopedic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Bohomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine

**Актуальність теми.** Сучасне уявлення про якість оклюзійних взаємовідносин зубних рядів не може обмежуватися лише візуальною оцінкою наявності або відсутності оклюзійної взаємодії між зубами-антагоністами і їх топографією. Нормальна фізіологія оклюзії повинна включати розгляд низки додаткових факторів оцінки, за якими її можна розділяти на збалансовану або незбалансовану, що має велике значення в клініці ортопедичної стоматології. Сучасні комп'ютеризовані засоби аналізу і діагностики дозволяють на більш високому рівні проводити дослідження комплексу функціонально взаємопов'язаних між собою краніо-мандибулярних структур.

**Мета дослідження.** Вивчення зміни електропровідності жувальних м'язів при штучно змодельованих передчасних контактах, в межах фізіологічного вертикального зсуву зуба, які суб'єктивно не відчуються досліджуваними.

**Матеріали та методи дослідження.** З метою вивчення фізіологічної кореляції оклюзійно-м'язевих параметрів ми проводили штучне моделювання суперконтактів зубних рядів, комп'ютеризовану оцінку оклюзійної рівноваги під контролем T-Scan (Tekscan, США), поверхневу електроміографію жувальних і скроневих м'язів за допомогою BioPak-EMG / JVA (BioResearch, США). Дослідження проводилося у 32 пацієнтів, які були розподілені на контрольну групу та 3 групи дослідження, відповідно до локалізації супраконтакту. Для моделювання суперконтактів використовувалися одноразові поліхлорвінілові шаблони товщиною 0.1 мм і діаметром 0.2 мм. Для попереднього маркування використовувався артикуляційний папір фірми Vausch (Німеччина) 100 мкм і 20 мкм. В 1-й групі супраконтакти були розташовані по черзі на жувальних поверхнях зубів 3.7,3.6; в 2-й одночасно і симетрично на зубах 3.6 та 4.6. В 3-й на різальних краях фронтальної групи зубів.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Штучно створені в порожнині рота супраконтакти суб'єктивно не відчувалися пацієнтами з огляду на те, що зуби занурювалися в альвеолу, максимально на ширину періодонтальної щілини, розмір якої за даними різних джерел дорівнює від 0.1 до 0.3 мм. Тобто не перевищував товщину шаблону. При цьому дані комп'ютеризованого аналізу оклюзії T-Scan і електроміографа

системи BioPak фіксували значні відхилення в показниках симетрії та торсіонного індексу. Присутність штучного передчасного контакту на зубі 4.6 показує, що індекс загальної симетричності, синергії та торсіонний індекс зміщені вправо. Аналогічна ситуація спостерігається при розташуванні суперконтакту на зубі 3.7, з поправкою на зміщення індексів вліво. Знаходження відразу 2-х супраконтактів на молярах 3.6 та 4.6 за показниками індексів симетрії визначається як збільшення загальної активності м'язів правої сторони з переважанням рівня БЕП скроневих м'язів над жувальними. Ліва скронева м'яза превалює над правою, чим значно змінює індекс симетрії одноімєнної пари м'язів та індекс синергії. Торсійний показник негативний, спостерігається тенденція до зміщення нижньої щелепи вліво. При розташуванні зон підвищеного оклюзійного навантаження на ріжучих краях зубів 3.1 і 4.1 показник синергії вказує на значне підвищення активності жувальних м'язів, показник симетрії скроневих м'язів - на більшу активність лівої м'язи, індекс симетрії жувальних м'язів - на високу активність правої м'язи, при цьому загальна симетричність збережена в межах норми. Торсійний індекс негативний.

Також вироблено порівняння ступеня участі в сприйнятті загального оклюзійного навантаження зубами різних функціональних груп. Згідно з отриманими нами результатами, на кожній стороні зубного ряду найбільший відсоток оклюзійної участі в момент МФБК визначався на перших молярах (13,8%), після яких за зменшенням слідує другі моляри (10%), перший і другий премоляри (5,1-6,4%), центральні різці (5,6%) та ікла (4,4%). Найменшому навантаженню піддавалися латеральні різці (2,9%). Результат порівняння встановив чіткий взаємозв'язок рівня оклюзійного навантаження і витривалості пародонту різних зубів зі збігом показників на 93,8%. Таким чином, ще раз була доведена об'єктивність апарату T-Scan, підтверджена основами фізіології пародонтального комплексу.

**Висновки.** Не достатньо, на сьогоднішній день, використовувати при вивченні оклюзії лише артикуляційний папір. Для більш інформативного дослідження доцільно застосовувати комп'ютеризований аналіз оклюзії та електроміографічне дослідження жувальних м'язів.

**Summary.** A physiological impairment of biodynamic indices of occlusal and muscular interaction has been determined in 100% of cases in occlusal reconstruction of dentitions induced by fixed dentures and a simple correction performed by means of articulation paper. The likelihood of their restoration to normal physiological rate has been proved following the logical occlusal correction of dentitions using a T-scan computerized analysis of

occlusion (Tekscan, the US) and electromyographic investigation of muscles with the help of BioPak-EMG/JVA(BioResearch, the US).

## АКТУАЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У РОЗШУКУ ЗНИКЛИХ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Мелкумян Татевік Суренівна

Науковий керівник : д.мед.н., проф. Костенко Євген Якович  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет,  
м. Ужгород, Україна

## THE RELEVANCE OF THE USE OF DENTAL TECHNOLOGIES IN THE SEARCH FOR MISSING CHILDREN AND ADOLESCENTS

Melkumian Tatevik

Scientific leader: Kostenko Evhen, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** В науці відомі застосування підшкірних чіпів, які здатні визначити місцезнаходження дитини по сигналу коли дитина знаходиться в розшуку. Згідно із статистикою в Україні нараховується більше 22 000 дітей які знаходяться у розшуку, біля 8 000 дітей втікають з дому і дитячих будинків, приблизно 10 000 дітей щорічно піддаються насиллю. Разом з цим 86 % дітей знаходяться і вертаються до дому, в приюти, дитячі будинки, до своїх батьків або опікунів. Однак 14 % дітей так і залишаються у списках зниклих без вісті. І навіть якщо виходити із самої оптимістичної статистики Слідчого Комітету при Прокуратурі про те що в рік зникає близько 16 800 дітей виходить те що приблизно 2350 дітей зникають безслідно. Використання таких конструкцій за нашою гіпотезою є перспективним напрямком, який потребує подальшого наукового вирішення, адже це допомогло би зберегти життя дітей, повернути їх додому, ідентифікувати правопорушення різних видів злочинів. Область застосування також профілактичні заходи для правоохоронних органів, спец служб.

**Мета роботи.** Метою дослідження є теоретичне обґрунтування застосування стоматологічних технологій у розшуку зниклих дітей та підлітків. Аналіз офіційних джерел стосовно зниклих дітей та підлітків в Україні.

**Матеріали та методи дослідження.** Офіційна статистика зниклих дітей в Україні за 2013-2015 роки. Аналіз офіційних даних.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В процесі дослідження були проаналізовані дані МВС. Було встановлено, що по статистиці в 2013 році - 27750, в 2014 році - 20558, а в 2015 році - 20564 неповнолітніх дітей були безвісно зниклими.

**Висновок.** Ми теоретично дослідили застосування стоматологічних технологій у розшуку зниклих дітей та підлітків, а також проаналізували офіційні джерела. Таким чином, в ході дослідження, було встановлено, що в більше всього заяв про зникнення неповнолітніх дітей було в 2013 році.

**Summary.** Our study aimed at justifying theoretically the use of dental technologies in the search for missing children and teenagers. We have analyzed the official sources as regards missing children and adolescents in Ukraine.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АТТАЧМЕНТІВ ЗНІМНИХ  
ПРОТЕЗІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСТАЛЬНИХ  
НЕОБМЕЖЕНИХ ДЕФЕКТІВ

Мойса Костянтин Олексійович

Науковий керівник: д.мед.н., проф.. Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет

Ужгородський національний університет,

м. Ужгород, Україна

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF ATTACHMENT DENTURES IN  
THE TREATMENT OF DISTAL UNLIMITED DEFECTS

Moisa Kostyantyn Oleksiyovich

Scientific leader: Ye.Ya. Kostenko, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry,

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** В стоматології серед різноманітних замкових кріплень частіше всього використовують полу лабільні конструкції з еластичними матрицями. Вони забезпечують високу естетику протезування, сприяють перерозподілу функціональних навантажень між тканинами альвеолярного гребня в області відсутніх зубів. Напівлабільні аттачмени, як правило, не викликають складності у пацієнтів при експлуатації протеза. (Матвеева А.И., Гветадзе Р.Ш. Борисов А.Г., Строганов Г.Н., Брагин Е.А., Бабенышев С.П., Строганова Н.В., Пензоватый А.В. У досліджах Хапіліной Т. Е., Перевезенцева А. П., Грязновой Е. Е., приводяться відомості про закономірності розподіл тиску в кістковій тканині та слизовій оболонці протезного ложа під базисом бюгельного протеза з аттачменами. Автори не висвітлювали розділ жорстких внутрішньо коронкових замкових кріплень, не описано їх вплив на пародонт опорних зубів в порівнянні з поза коронковими аттачменами, не вивчені особливості та ускладнення їх клінічного застосування.

**Мета роботи.** Порівняльний аналіз досліджень біомеханіки та клінічної ефективності внутрішньо- і поза коронкових замкових кріплень бюгельних протезів .

**Матеріали та методи роботи.** В даній роботі проведена порівняльна характеристика аттачменів знімних протезів наведені основні статистичні методи та їх недоліки.

**Результати дослідження та їх обґрунтування.** Напружно-деформований стан альвеолярних лунок премолярів нижньої щелепи, несучих внутрішньо або поза коронкових аттачменів бюгельних протезів при дистальному необмеженому дефекті зубного ряду, характеризується максимальними напруженнями по дистальному краю лунок незалежно від напрямку навантаження протеза.

**Висновки.** Жорсткі замкові кріплення перспективні в зв'язку з точністю їх виготовлення і особливостями біомеханіки.

**Summary.** The floor labile construction with elastic matrix is one of the most used one among different locking fasteners in dentistry. It offers high aesthetics prosthetics and distributes the pressure between the tissues of the alveolar process in the area of missing teeth (Matveeva V. I., Gvetadze R. Sh., Borisov A. G., Stroganov G. N., Bragin E. A., Babenishev S. P., Strohanova N. V., Penzovaty A. V.). The research of Khapilina T. E., Perevezentseva A. P., Hraznova E. E. highlights the patterns of stress distribution in the bone tissue and the mucous membrane of prosthetic bed under the basis of partial denture with attachments. The authors have neither considered rigid locking fasteners, nor described their influence on the periodontal support of the teeth as compared to extracoronary attachments.

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З  
ПАТОЛОГІЧНИМИ СТАНАМИ ЗУМОВЛЕНИХ, КОРИСТУВАННЯМ  
МЕТАЛОВМІСНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ.

Парій В.В., Лось В.В., Гуща Д.К., Коваль Є.А.,  
Пашкевич В.В., Дядік І.Г.

Науковий керівник: професор Неспрядько В.П.  
Кафедра ортопедичної стоматології, Стоматологічний факультет,  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
м. Київ, Україна

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS  
WITH PATHOLOGICAL CONDITIONS RESULTED FROM USING  
METAL DENTURES

V.V. Parii, D.K. Gushcha, V.V. Los, I.A.Koval,  
V.V.Pashkevich, I.H. Dyadik.

Scientific leader: V.P. Nespryadko, Professor  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Актуальність теми.** За даними наукової літератури, на сьогоднішній день, існує необхідність детального аналізу факторів, що можуть провокувати розвиток змін зумовлених присутністю розчинів сплавів металів на зміну психоемоційних станів пацієнтів з металовмісними протезами. Симптоматика пацієнтів з патологічними станами зумовлених, користуванням МЗП досить різноманітна. Поширеність та вираженість скарг таких пацієнтів залежить від багатьох факторів. Не останнє місце серед них займає психологічний статус пацієнтів. За даними літератури у 73 % пацієнтів спостерігаються серйозні порушення, які проявляються у вигляді тривоги та депресії. Ми вважаємо, що вивчення клініко-психологічного статусу пацієнтів з такими патологічними станами з метою визначення факторів впливу на тяжкість перебігу таких станів є достатньо актуальним напрямком дослідження.

**Мета дослідження.** Вивчення шляхів профілактики лікування пацієнтів з патологічними станами пов'язаними з впливом металів включених в протези впровадженням через вивчення клініко-психологічного статусу у пацієнтів з патологічними станами зумовлених, користуванням металовмісними зубними протезами.

**Матеріали та методи дослідження.** Було вибрано 32 пацієнта, у яких визначили характерні патологічні стани зумовлені, користуванням

металовмісними зубними протезами. В роботі ми виявляли та оцінювали тяжкість депресії і тривоги, за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) розробленої Zigmond A.S. і Snaith R.P., та скороченого багатофакторний метод дослідження особистості (СМІЛ) (Собчик Л.Н., 1998).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Нами було вивчено та проаналізовано результати аналізу обстеження 32 пацієнтів з патологічними станами зумовленими користуванням МЗП, що дозволило виділити та діагностувати синдроми різного ступеня вираженості: тривожний (32%), депресивний (58%), obsesивно-фобічний (3%), іпохондричний (7%). У 24 пацієнтів (75%) було виявлено субклінічна виражена тривога та депресія, у 5 пацієнтів (15,62%) – клінічно виражена тривога та депресія та у 3 пацієнтів (9,37%) показники були в межах норми.

**Висновки.** Результати досліджень вказують на високу частоту та вираженості психоемоційних порушень, у пацієнтів з патологічними станами, які можна пов'язати з електрохімічними процесами, що виникають при користуванням металовмісними зубними протезами. Отримані дані свідчать про необхідність включення комплексного клініко-психологічного обстеження даних пацієнтів, з метою розробки патогенетично-спрямованого лікування.

**Summary.** The scientific research is intended to the study the clinical and psychological status in patients with pathological conditions resulted from using metal dentures. The impact of the emotional state of patients on the nature of such manifestations has been determined to develop the pathogenesis-oriented treatment.

РІВЕНЬ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИХ ЗНАНЬ У ДІТЕЙ З  
БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Рибак Оксана Павлівна, Лещук С.Є, Стадник У.О

Науковий керівник: асистент Лещук С.Є, доцент Стадник У.О  
Кафедра стоматології дитячого віку, кафедра терапевтичної стоматології  
ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила  
Галицького  
м.Львів, Україна

THE LEVEL OF HYGIENE KNOWLEDGE IN  
CHILDREN WITH ASTHMA

Rybak Oksana, Leshchuk Svitlana, Stadnyk Ulaina

Scientific leader: S.Ye. Leshchuk, Assistant; Yu.O. Stadnik, Assistant  
Professor

Department of Pediatric Dentistry, Department of Therapeutic Dentistry of  
FPE, Danylo Haltsky Lviv National Medical University  
Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Як відомо, санітарна освіта поєднує поширення медичних та гігієнічних знань, тому виховання у населення гігієнічних навиків з метою збереження та укріплення здоров'я і підвищення санітарної культури є базовим методом профілактики стоматологічних захворювань. Доведено, що існує прямий зв'язок між незадовільною гігієною та стоматологічним статусом. На сьогоднішній день відомо, що існує взаємозв'язок між соматичною патологією та станом ротової порожнини. Одним із найбільш поширених захворювань дитячого віку алергічного генезу є бронхіальна астма. За даними літератури у дітей з бронхіальною астмою рівень гігієни порожнини рота значно гірший, ніж у здорових дітей. Тому вивчення рівня санітарно-гігієнічних знань у дітей з бронхіальною астмою є достатньо актуальним.

**Мета дослідження.** Дослідити рівень санітарно-гігієнічних знань у дітей, хворих на бронхіальну астму.

**Матеріали та методи дослідження.** Для вивчення рівня санітарно-гігієнічних знань у дітей з бронхіальною астмою було обстежено 86 дітей віком від 3 до 15 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в пульмо-алергологічному відділенні лікарні "Охмадит". Усіх дітей було поділено на три групи в залежності від віку: I група – 3-6 років; II група – 7-12 років; III група – 13-15 років. Для вивчення санітарно-гігієнічних знань у обстежених дітей було проведено анкетування за розпрацьованими нами анкетами, під час якого діти

відповіли на наступні запитання: "Чи ополіскуєш ротову порожнину після застосування спреїв ІГКС?", "З якого віку почав чистити зуби?", "Скільки разів на день ти чистиш зуби?", "Як часто змінюєш зубну щітку?", "Як часто змінюєш зубну пасту?", "Яку їжу ти любиш?", "Як часто ти вживаєш солодоші?". Результати дослідження опрацьовано статистично з використанням критерію Стюдента.

**Результати досліджень та їх обговорення.** При аналізі результатів анкетування виявлено, що  $79,0 \pm 3,68\%$  дітей віком 3-6 років не ополіскують ротову порожнину після застосування ІГКС. Встановлено, що  $90,0 \pm 4,85\%$  дітей цього віку почали чистити зуби з 2-3 років. На запитання «Скільки разів на день ти чистиш зуби?» переважна більшість опитаних відповіли, що роблять це 1 раз на день, а  $36,9 \pm 7,8\%$  дітей змінюють зубну щітку лише один раз на пів року. На запитання «Яку їжу ти любиш?»  $63,0 \pm 7,8\%$  респондентів обрали солодоші, при цьому  $79,0 \pm 6,6\%$  дітей вживають солодоші декілька разів на день. Овочі та фрукти виявились улюбленою їжею у  $52,6 \pm 8,09\%$  дітей цієї вікової групи. При аналізі результатів анкетування дітей віком 7-12 років встановлено, що  $66,6 \pm 9,62\%$  не ополіскують ротову порожнину після застосування ІГКС, це дещо менше, ніж у дітей I групи ( $p > 0,05$ ). Слід зазначити, що кількість дітей, які чистять зуби двічі на день, збільшується в цій віковій категорії у порівнянні з дітьми 3-6 років і становить  $58,4 \pm 8,05\%$ , ( $p < 0,05$ ). Виявлено, що кількість дітей, які вживають овочі та фрукти в харчовому раціоні, складає  $75,0 \pm 8,8\%$ , у той час як частота спожитих солодошів декілька разів на день становить  $50,0 \pm 7,02\%$ , що є нижчим у порівнянні з дітьми віком 3-6 років ( $p < 0,05$ ). Практично усі опитані діти 13-15 років взагалі не ополіскують ротову порожнину після застосування ІГКС.  $41,7 \pm 6,05\%$  дітей чистять зуби двічі на день, це дещо менше у порівнянні з попередньою віковою групою ( $p > 0,05$ ). Зате покращується харчові звички:  $83,3 \pm 7,6\%$  дітей надають перевагу вживанню овочів та фруктів,  $41,7 \pm 6,06\%$  – риби, натомість, кількість дітей, які споживають солодоші декілька разів на день зменшується до  $25 \pm 6,8\%$ ,  $50 \pm 8,2\%$  респондентів вживають солодоші 3-4 рази на тиждень, а  $25 \pm 5,7\%$  не вживають солодоші взагалі.

**Висновок.** Отже, в результаті опитування дітей, виявлено недостатні санітарно-гігієнічні знання по догляду за ротовою порожниною, а також переважання карісогенних продуктів у раціоні харчування.

**Summary.** It is known that hygiene education combines the distribution of medical and hygienic knowledge. That is why the development of hygiene habits of population in order to preserve and strengthen health and

improve sanitary culture is the basic method of prevention of dental diseases. According to the literature, the level of oral hygiene of children with asthma is significantly poorer than of a healthy control group. To study the dental status of children with asthma, 86 children aged 3 to 15 years were examined. We used an elaborated questionnaire to study the hygiene knowledge of the children suffering from asthma. Our questionnaire consisted of the following questions: "Do you rinse your mouth after using inhaled steroids?", "How old were you when you began to brush your teeth?", "How many times a day do you brush your teeth?", "How often do you change your toothbrush?", "How often do you change your toothpaste?" "What kind of food do you like?", "How often do you eat sweets?" Thus, as a result of questioning children with asthma, both insufficient hygiene knowledge on oral care and prevalence of cariogenic products in the diet have been found.

СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ТКАНИН ПАРОДОНТА У  
ХВОРИХ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНІ  
УРАЖЕННЯ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ

Тепла Тамара Олександрівна

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

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет, ВНМУ  
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

STATE OF PERIODONTAL TISSUE MICROVASCULATURE IN  
PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS AGAINST THE  
BACKGROUND OF CERVICAL INTERVERTEBRAL DISKS LESION

Tepla Tamara Oleksandrivna

Scientific leader: Kulyhina V. M., Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry, Vinnytsia National  
Pirogov Memorial Medical University,  
Vinnytsia, Ukraine

**Актуальність теми.** Порушення у системі мікроциркуляції в тканинах пародонтального комплексу є одним з факторів патогенезу

запальних та дистрофічно-запальних захворювань пародонту [Ю.Ю. Киричків, 2010]. В судинах мікроциркуляторного русла при захворюваннях пародонта відбуваються як структурні так і функціональні зміни: порушується їх проникність, зменшується число функціонуючих капілярів, змінюються агрегаційні властивості крові, підвищується пост капілярний опір [К.С. Лобода, 2010]. Ці порушення поглиблюються при розвитку загально соматичних захворювань, які супроводжуються змінами у системі кровообігу в організмі хворих. В цьому зв'язку може бути інформативним вивчення стану мікроциркуляторного русла у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта на фоні дегенеративних уражень шийного відділу хребта.

**Мета дослідження.** Вивчити стан мікроциркуляторного русла пародонта у пацієнтів з генералізованим пародонтитом та супровідними дегенеративними захворюваннями хребта шийного відділу.

**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети проведено визначення індексу периферичного кровообігу (ІПК) за видозміненою Л.Н. Дідовою (1981р.) вакуумною пробою В.І. Кулаженко [І.С. Мащенко, 2003] 74 хворим II періоду зрілого віку з хронічним генералізованим пародонтитом (ХГП) початкового-I ступеня (48 - із супровідним ураженням міжхребцевих дисків шийного відділу (МДШВ), 26 - без супутньої патології) і 40 пацієнтам літнього вікового періоду з ХГП II-III ступенів (26 - на фоні ураження МДШВ, 14 - без таких), а також 26 практично здоровим особам II періоду зрілого віку і 14 - літнього, які склали групу контролю. Достовірність виявлених відмінностей оцінювали за критерієм Стюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При оцінці ІПК можна констатувати стан декомпенсації мікроциркуляції в тканинах пародонта у пацієнтів II періоду зрілого віку з ХГП початкового-I ступенів на фоні ураження МДШВ, а також літнього віку з ХГП II-III ступеня з аналогічною патологією хребта. При цьому рівень периферичного кровообігу у хворих II періоду зрілого віку склав 9,4%, літнього – 5,4%. При порівнянні з практично здоровими особами встановлений високий ступінь ймовірності різниці значень в обох групах досліджуваних хворих ( $p_1 < 0,001$ ). При обстеженні пацієнтів з ураженнями тканин пародонта без соматичної патології встановлена аналогічна закономірність, проте показник ІПК у хворих другого періоду зрілого віку склав  $0,21 \pm 0,051$  (проти  $0,831 \pm 0,052$ ,  $p_2 < 0,001$ ), літнього  $0,131 \pm 0,02$  (проти  $0,671 \pm 0,081$ ,  $p_2 < 0,001$ ). Це свідчило про задовільний стан периферичного кровопостачання судин пародонта. Звертає на увагу і статистично значима різниця між показниками у пацієнтів з ураженням

тканин пародонта на фоні захворювань хребта та без загально соматичної патології, як в II періоді зрілого ( $p3 < 0,05$ ), так і літнього віку ( $p3 < 0,01$ ).

**Висновки.** Таким чином рівень периферичного кровообігу в тканинах пародонта у хворих II періоду зрілого віку із сумісним ураженням МДШВ в 2,2 рази гірше, ніж без супровідної патології і у 8,8 разів ніж у здорових осіб, в літньому віковому періоді – відповідно в 2,4 і 12,4 разів. Отже, це підкреслює негативний вплив уражень МДШВ на стан судинного русла тканин пародонта.

**Summary.** When examining 74 patients of II adulthood period with chronic generalized periodontitis (CGP) of I early stage (48 – with associated lesions of cervical intervertebral disks (CID), 26 - without comorbidity) and 40 patients of elderly age with CGP of II-III stages (26 - against the background of cervical intervertebral disks lesion, 14 - without lesions), and 26 healthy persons of II adulthood period and 14 persons of elderly age that made a control group, it was established that the level of peripheral blood flow in periodontal tissues in patients of II adulthood period with compatible lesions of cervical intervertebral disks is 2.2 times lower than without comorbidity and 8.8 times lower than in healthy persons, in elderly age - respectively 2.4 and 12.4 times lower. Consequently, it emphasizes the negative impact of cervical intervertebral disks lesion on the state of periodontal tissue blood stream/vasculature.

ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ НА РІВЕНЬ ГІГІЄНИ  
РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У  
СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ, ЗАЛЕЖНІСТЬ  
ЦИХ ЗМІН ВІД ТИПУ РЕАГУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ

У.І. Брецько

Науковий керівник: к.мед.н., доц. М.К. Добровольська  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет  
Ужгородський Національний Університет  
м. Ужгород, Україна

EFFECT OF EMOTIONAL STRESS ON THE LEVEL OF ORAL HYGIENE  
AND THE STATE OF PERIODONTAL TISSUES OF DENTAL

# FACULTY'S STUDENTS, THE DEPENDENCE OF THESE CHANGES ON TYPE OF PERSONLITY'S RESPONSE

U.I. Bretsko

Scientific leader: M.K Dobrovolska, Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor

Faculty of Dentistry, Uzhhorod National University  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Про зв'язок між емоційним або психоемоційним стресом та станом порожнини рота відомо давно. Також існує зв'язок між тяжкістю захворювання пародонту і стресом, пов'язаним з роботою, обставинами життя та психологічним сприйняттям подій окремою особою. Навчання за болонською системою у вищому навчальному закладі передбачає періодичні модульні контролю, які супроводжуються змінами психосоматичного здоров'я студента. Звички молодих людей в стані емоційного перенапруження змінюються, збільшується вживання тютюну, алкоголю, лікарських препаратів, погіршується сон, харчування стає незбалансованим. Всі ці фактори можуть відіграти важливу роль в погіршенні стану гігієни порожнини рота, що, в свою чергу, сприятиме розвитку чи загостренню захворювань пародонту.

**Мета дослідження.** Аналіз впливу психоемоційного перенапруження (модульний контроль) на рівень гігієни ротової порожнини та стану тканин пародонту; залежність цих змін від типу реагування особистості.

**Матеріали та методи дослідження.** На основі методу анкетування та клінічного огляду, досліджено 32 студента ВНЗ обох статей, віком від 17 до 22 років. Визначення психоемоційного стану проводилось за допомогою опитувальників. Використовували тест на самооцінку стресостійкості особистості за В.А. Семиченко, за результатами якого, студентів було поділено на дві групи (А та В). Групу «А» склали особи, рівень стресостійкості яких був середній та вищий. Групу «В» – особи з рівнем стресостійкості особистості нижче середнього. Тест на ситуативну та особистісну тривожність Спілберга-Ханіна проводили двічі. Вперше – за три тижні до початку модульного контролю, вдруге – під час його проходження. Одночасно з опитуванням з'ясовували рівень гігієни ротової порожнини та наявність запальних процесів у тканинах пародонту. Стан гігієни визначали за допомогою індексу Федорова-Володкіної, індексу Рамфьорда (визначення кількості м'якого зубного нальоту в приясенній ділянці); наявність запального

процесу (проба Шиллера-Писарева), індекс кровоточивості РВІ (Papilla Bleeding Index).

**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами опитувальника за В.А. Семиченко 68,7% опитаних (група «А») показали середній та вищий рівні стресостійкості особистості. У них результати тесту Спілберга-Ханіна на ситуативну та особистісну тривожність до та під час модульного контролю майже не змінилась, що свідчить про високу стресостійкість молодих людей. Дані об'єктивного дослідження та індексної оцінки стану ротової порожнини під час обох оглядів також суттєво не відрізнялись. Група «В» (31,3% ) при опитуванні за Спілбергом-Ханіним під час психоемоційного напруження показала високий рівень тривожності, який оцінювався в 53,7 бали, що вказало на наявність у них стресового фактору при складанні модульного контролю. Варто зазначити, що 82% опитаних з групи «В» становили особи віком від 17 до 19 років з перевагою жіночої статі. Ситуативна тривожність за наявності стресового фактору достовірно збільшилась в 1,3 рази порівнюючи з умовами відносного спокою. Об'єктивне та індексне оцінювання стану ротової порожнини осіб даної групи показало, що у 87% відбулося погіршення гігієни ротової порожнини (збільшення числового показника індексу Федорова-Володкіної, ідекса Рамфьорда) та у 20% осіб були виявлені початкові симптоми запалення тканин пародонту, таких як гіперемія та кровоточивість, (позитивна проба Шиллера-Писарева, індекс кровоточивості РВІ) при проведенні огляду після закінчення модульного контролю. З вказаного вище можна констатувати, що внаслідок дії стресу в першу чергу погіршуються ефективність догляду за ротовою порожниною студентами. Це призводить до збільшення м'яких зубних відкладень, що є основним етіологічним фактором розвитку запальних захворювань пародонту.

**Висновки.** Особи з низьким рівнем стресостійкості гостро реагують дезадаптацією психоемоційного стану на такий стресовий фактор, як звичайний модульний контроль. Внаслідок цього відбуваються зміни не тільки психологічного стану, а й всього організму. При хронічному стресі виникають порушення гомеостазу ротової порожнини, що може призвести до розвитку чи загострення хвороб пародонту. Отримані дані можуть лягти в основу складання програми профілактики психосоматичного і стоматологічного здоров'я студентів.

**Summary.** The article analyzes the changes as regards the oral hygiene status and periodontal tissue depending on the type of individual responses to stress. Based on questionnaires and clinical examination, we have found worse effectiveness of students' oral care which is the result of stress that can lead to

the development or exacerbation of periodontal disease. This data could form the basis for a students' psychosomatic and dental health program.

**ЗМІНИ МОТОРИКИ ЯЗИКА У ПАЦІЄНТІВ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ  
ПАТОЛОГІЄЮ НА ФОНІ  
ОКЛЮЗІЙНИХ ПОРУШЕНЬ**

**Циганок Олександр Васильович, Штефан Анатолій Васильович, Новіков  
Вадим Михайлович**

**Науковий керівник: д. мед. н., проф. Новіков Вадим Михайлович  
Кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією, стоматологічний  
факультет, Українська медична стоматологічна академія, Полтава,  
Україна**

**MALOCCLUSION-RELATED TONGUE MOVEMENT DISORDERS IN  
PATIENTS WITH NEUROLOGICAL IMPAIRMENTS**

**Tsyhanok Oleksandr Vasyliovych, Shtefan Anatoliy Vasyliovych,  
Novikov Vadym Mykhailovych**

**Scientific leader: Novikov Vadym Mykhailovych, Doctor of Medical Sciences,  
Professor**

**Department of Prosthetic Dentistry with Implantology, Faculty of Dentistry,  
Ukrainian Medical Stomatological Academy,  
Poltava, Ukraine**

**Актуальність теми.** Порухення моторної функції язика є частим симптомом різноманітних неврологічних хвороб. Серед них такі широко розповсюджені патології, як дисциркуляторна енцефалопатія, ішемічний інсульт, лакунарний інфаркт, менінгіти, черепно-мозкова травма. Найчастіше порушення моторики язика є одним із перших проявів симптомів в патогенезі неврологічних патологій. Слід відмітити зростання кількості звернень хворих з подібною симптоматикою на прийом до лікаря-стоматолога протягом останніх років, а також те, що лінгвальні симптоми не завжди враховуються в діагностиці захворювань. Зазначимо також, що міжгалузевий підхід у діагностиці порушень лінгвомоторики є

також актуальним і у питанні ефективної діагностики та терапії вищезначених патологій.

**Мета дослідження.** Метою дослідження стало визначення ролі лікаря-стоматолога в первинній діагностиці неврологічної патології, що проявляється порушеннями моторики язика.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами було оглянуто 350 пацієнтів неврологічного стаціонару з гострою та хронічною неврологічною патологією. У дослідженні прийняли участь 50 (26 чоловіків, 24 жінки). Під час обстеження зверталась увага на прояви порушення моторики язика, а саме такі симптоми, як: афазія, дисфонія, дизартрія, брадилалія, назолалія. Серед учасників дослідження був виявлений увесь комплекс симптомів порушення лінгвомоторики. Після відбору та обстеження пацієнтів автори провели приступили до з'ясування наявності оклюзійної патології у вигляді дефектів зубних рядів та частоти її зустрічальності.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед обстежених нами неврологічних пацієнтів з патологією моторики язика, було виявлено широку частоту зустрічальності афазії (68%) та дизартрії (44%). Порушення ковтання – дисфагія та повільність мови – брадилалія зустрічались рідше, а саме в 36 % та 20 % випадків. Яскрава виразність вищеописаних симптомів зустрічалась у поодиноких випадках в середньому до 6%. Дефекти зубних рядів верхньої щелепи зустрічалися у 32 пацієнтів (64%). З них першого класу 4 пацієнти (8%), другого класу – 0, третього класу – 25 (50%) та 4 класу – 3 (6%). У 7 пацієнтів (14%) дефекти зубного ряду верхньої щелепи відсутні. Дефекти зубних рядів нижньої щелепи зустрічалися у 33 пацієнтів (66%). З них першого класу 2 пацієнти (4%), другого класу – 2 (4%), третього класу – 29 (58%) та 4 класу – 0. У 7 пацієнтів (14%) дефекти зубного ряду нижньої щелепи відсутні. У кожного з обстежених нами пацієнтів зустрічались симптоми порушення лінгвомоторики. У 100% випадків дані симптоми поєднувалися один з одним. Більшість пацієнтів мали слабкоманіфестуючі симптоми. Нами було з'ясовано, що абсолютна більшість пацієнтів має дефекти зубних рядів (86%) і потребує ортопедичного лікування.

**Висновок.** В результаті проведеного нами дослідження з'ясовано, що більшість пацієнтів неврологічного стаціонару з симптомами порушення моторики язика, мають оклюзійну патологію (86%). З них більшість пацієнтів мали афазію (68%), дизартрію та дисфонію (44%), як симптоми порушень моторики язика. Більшість пацієнтів мала слабкоманіфестуючу симптоматику. Враховуючи, що в літературних

джерелах звертається увага на первинність виникнення симптомів патології лінгвоторики у розвитку неврологічних хвороб можна зробити висновок, що виявлення подібної симптоматики лікарем-стоматологом-ортопедом є важливим елементом ранньої діагностики.

**Summary.** The paper considers tongue movement disorders as one of the first hallmarks of the multiple neurological impairments. The main clinical presentations of tongue motion disorders and their manifestation in patients of the clinical group have been defined. The emphasis has been laid on the need for the interdisciplinary approach in the diagnosis and treatment of tongue dysfunctions. The issue of the prevalence of occlusal abnormalities among patients with tongue movement disorders and their need in prosthetic treatment has been covered. The study is intended to improve the diagnosis of malocclusion-related tongue movement disorders in patients with neurological pathology in the form of defects in dentition.

## НЕДОЛІКИ СТАТИЧНИХ МЕТОДІВ У ВИЗНАЧЕННІ ЖУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

Цоцко Юлія Володимирівна

Науковий керівник : професор Костенко Євген Якович

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

## DISADVANTAGES OF STATIC METHODS IN DETERMINING THE CHEWING EFFICIENCY

Yu.V. Tsotsko

Scientific leader: Ye.Ya. Kostenko, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Багато вчених працювали над визначенням постійних величин для розрахунку жувального тиску окремих зубів. За основу розрахунків брали жувальний тиск найслабшого зуба зубо-щелепної системи — бічного різця. Крім того, враховували величину

жувальної та різальної поверхонь, кількості коренів, товщини і довжини цих коренів, кількості горбків тощо. І.М. Оксман, С.Є. Гельман, І.С. Рубінів запропонували різні способи статичної та динамічної оцінки функції жування, деякі з яких, незважаючи на втрачену актуальність та достовірність, застосовуються досі .

**Мета роботи.** метою роботи було проведення порівняльного аналізу оцінки жувальної ефективності статистичних методів.

**Матеріали і методи дослідження.** В даній роботі в порівняльному аналізі оцінки жувальної ефективності було наведено основні статистичні методи та їх недоліки .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Н. І. Агапов прийняв жувальну ефективність всього жувального апарату за 100% і обраховував жувальний тиск кожного зуба у відсотках, отримавши жувальну ефективність шляхом складання жувальних коефіцієнтів зубів, що залишилися .Для отримання уявлення про порушення жувального апарату зазвичай підраховують кількість зубів. Ця методика невірна, так як справа не тільки в кількості зубів, але і в їх жувальної цінності, у їх значенні для жувальної функції. Таблиця жувальних коефіцієнтів зубів дає можливість при обліку втрати жувальної ефективності отримати уявлення не тільки про кількість, але і до деякої міри про жувальний коефіцієнті зубів. Агапов вніс поправку при обчисленні жувальної ефективності порушеною зубо-щелепової системи повинні бути прийняті до уваги тільки зуби, що мають антагоністів. Зуби, що не мають антагоністів, майже позбавлені значення як органи жування. І. М. Оксман вважав за необхідне, крім функціональної цінності загублених зубів, враховувати ще функціональний стан зубів, що залишилися. Функціональний стан слід оцінювати по рухливості зуба. Зуби з патологічною рухливістю першого ступеня вважаються нормальними, другого ступеня - як зуби, що мають тільки 50% жувальної цінності, зуби з патологічною рухливістю третього ступеня, а також багатокореневі зуби з гострим періодонтитом вважати як відсутні. Зуби, уражені карієсом, які можуть бути запломбовані, слід вважати повноцінними. В.Ю. Курляндський запропонував статичний метод визначення функціонального стану опорного апарату зубів, який він назвав пародонтограммою. Пародонтограмма має на меті дати лікареві можливість порівняти функціональну цінність різних груп зубів верхньої щелепи з відповідними групами зубів нижньої щелепи. Але ця мета, на жаль, автором пародонтограмми не досягається. По-перше, сам автор пише: «В акті кусання їжі можуть не брати участь всі фронтальні зуби верхньої і нижньої щелепи, в результаті чого всі наведені розрахунки не будуть відображати істинних силових співвідношень між антагонуючими

групами зубів при відкушуванні їжі». По-друге, «в одному випадку фронтальні зуби використовуються для розжовування їжі (при відсутності жувальних зубів), а в іншому - жувальні зуби, головним чином премолляри, використовуються для кусання їжі».

**Висновки.** В порівняльному аналізі оцінки жувальної ефективності було наведено основні недоліки даних методів та їх неефективність, що є підставою для розробки нових методів ефективних методів оцінки жувальної ефективності.

**Summary:** Many scientists have been working to define the permanent quantities for the calculation of individual teeth of chewing pressure. We took the chewing pressure of the weakest tooth maxillo-dental systems – lateral incisor, as a basis of calculations. We also took into account the value of chewing and cutting the surfaces of a number of roots, thickness and length of the roots, the number of bumps. I.M. Oksman, S.E. Gelman, I.S. Rubin offered various ways of static and dynamic evaluation of chewing functions, with some of them, despite the faded topicality and credibility, are still applied. We have concluded that the comparative analysis of the masticatory efficiency has shown the main disadvantages of these methods and their inefficiency, which is the basis for developing new effective methods of assessing the chewing efficiency.

## ОГЛЯД ДИМЕНЦІЙ, ЯК НАЯВНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ, ЯКІ ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ В СТОМАТОЛОГІЇ

Швец І.С.

Науковий керівник: д.м.н. проф. Костенко Є. Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,

Ужгородський національний університет

м. Ужгород, Україна

## REVIEW OF DEMENTIAS AS EXISTING PATHOLOGICAL CONDITIONS THAT OCCUR IN DENTISTRY

I.S. Shvets

Scientific leader: E.Ye. Kostenko, Doctor of Medical Sciences, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry,

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Незважаючи на стрімкий розвиток в сучасній стоматології, на даний момент зберігається тенденція до використання знімних пластинкових та бюгельних протезів. Однак навіть такий факт ускладнює використання та експлуатацію знімних ортопедичних конструкцій, насамперед близько 20-30% пацієнтів, яким показане знімне протезування, не спроможні самостійно виконувати необхідні маніпуляції по догляду за власними протезами, оскільки такі пацієнти знаходяться в пенсійному віці та потребують допомоги. В результаті чого всі маніпуляції по догляду за знімними протезами, їх гігієнічна обробка, очищення, стерилізація та інше, стають обов'язком обслуговуючого медичного персоналу в геронтологічних центрах, домах для пристарілих, медичних клініках та інших спеціалізованих медичних закладах. Із-за чого виникає гостре питання в понятті сортування знімних ортопедичних конструкцій, оскільки такий догляд за протезами, набуває масового характеру.

**Мета дослідження.** Отримати загальну інформацію про розповсюдженість таких нейропатологічних захворювань, як Деменції та визначити середнє співвідношення між різновидами нозологічних форм даного захворювання. Розробити та впорядкувати відповідну систему диспансеризації, профілактики та догляду за пацієнтами з нейропатологічними та цереброваскулярними патологіями і впровадити дану систему в клініці ортопедичної стоматології.

**Матеріали і методи дослідження.** Використання статистичних даних, динамічні спостереження за пацієнтами. Експериментальне введення системи ідентифікації знімних пластинчастих та бюгельних протезів.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Опираючись на дані ВООЗ, можна зробити висновок, що загальна кількість людей із патологією ЦНС становить близько 35,6 млн. чоловік. Одна із найперших ознак деменції є хвороба Альцгеймера (близько 50%, 7,8 млн. чоловік ) яка вражає людей віком старше 65 років; судинна (мультиінфарктна) деменція (до 20%, 7,12 млн.) у віці 50-65 років; розсіяний склероз (близько 10%, 3,56 млн.) виникає вперше у віці 20-40 років і набуває свого пікового розвитку в 50-60 років; хвороба Крейтцфельда-Якоба (до 5%, 1,78 млн.) у віці 64 років; хвороба Піка (2-3%, 870 тис) у віці 50-60 років; паркінсонізм (близько 2%, 712 тис.) у віці 60 років; Хорея Хантінгтона (близько 1-2%, 700тис) у віці 40-60 років. Залишок % співвідношення складають різноманітні дефіцитні стани, метаболічні зрушення та інфекції, що в загальному складають близько 15-20% усіх дименцій.

**Висновки.** Враховуючи наведені медико-статистичні дані можна зробити висновок, що більшість хворих із патологією центральної нервової системи, належить до вікової групи людей старше 50-60 років. При аналізі цих даних, слід зазначити, що поділ на вікові групи носить суто умовний характер. Всіх пацієнтів умовно було розділено на три групи, 1) ступенем атрофії альвеолярних відростків за Шредером та Келером; 2) атрофією слизової оболонки ротової порожнини за Супле; 3) характером змикання зубних рядів та фіксацією щелеп в положенні центральної оклюзії із збереженням чи без збереження висоти прикусу за класифікацією Бетельмана. За ступенем атрофії верхньої щелепи кількість пацієнтів відповідала наступним показникам: 1 клас за Шредером – 23,3%; 2 клас за Шредером – 47,5%; 3 клас за Шредером – 29,2% від загальної кількості пацієнтів. За ступенем атрофії нижньої щелепи кількість пацієнтів відповідала наступним показникам: 1 клас – 18,1%; 2 клас – 30,4%; 3 клас – 28,6%; 4 клас за Келером – 22,9% від загальної кількості пацієнтів. За ступенем атрофії слизової оболонки ротової порожнини кількість пацієнтів відповідала наступним показникам: 1 клас – 14,2%; 2 клас – 35,8%; 3 клас – 38,4%; 4 клас за Супле – 11,6% від загальної кількості пацієнтів. За характером змикання зубних рядів та фіксацією щелеп в положенні центральної оклюзії за Бетельманом: 1 клас – 11,3%; 2 клас – 20,5%; 3 клас – 43,2%; 4 клас – 25,0% від загальної кількості пацієнтів.

**Summary.** Based on the received medical and statistical data, we can conclude that the majority of patients with disorders of the central nervous system belongs to the age group of people over 50-60 years. In analyzing the data it should be noted that the division into age groups is purely arbitrary. All patients were divided roughly into three groups: 1) degree of atrophy of alveolar processes by Schroeder and Koehler; 2) atrophy of the oral mucosa for Suple; 3) the nature of the closing the dentition and jaws locking in position of central occlusion with saving or without saving the bite height classification Betelman. The degree of atrophy of the maxilla number of patients meets the following parameters: 1 class according Schroeder - 23.3%; 2 class at Schroeder - 47.5%; Grade 3 by Schroeder - 29.2% of patients. The degree of atrophy mandibular number of patients meets the following parameters: 1 class - 18.1%; Grade 2 - 30.4%; Grade 3 - 28.6%; Grade 4 by Keller - 22.9% of patients. The degree of atrophy of the oral mucosa number of patients meets the following parameters: 1 class - 14.2%; Grade 2 - 35.8%; Grade 3 - 38.4%; Grade 4 by Suple - 11.6% of patients. The nature of the closing the dentition and jaws locking in position of central occlusion by Betelman: 1 class - 11.3%; Grade 2 - 20.5%; Grade 3 - 43.2%; Grade 4 - 25.0% of patients.

## ВПЛИВ РЕТИНОЛ АЦЕТАТУ НА ЗАГОЄННЯ РАН НА ФОНІ ГІПОТИРЕОЗУ (ТВАРИННИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ)

Штибель Денис Володимирович, Штибель Назар Володимирович  
Науковий керівник: д.мед.н., проф. Масна Зоряна Зеновіївна  
Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією,  
стоматологічний факультет, Львівський національний медичний  
університет імені Данила Галицького  
м.Львів, Україна

## THE EFFECT OF RETINOL ACETATE ON WOUND HEALING IN STATE OF HYPOTHYROIDISM (ANIMAL EXPERIMENT)

Denys Shtybel, Nazar Shtybel

Scientific leader: Masna Zoryana, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Operative Surgery and Topographical Anatomy, Faculty of  
Dentistry, Danylo Halytsky Lviv National Medical University  
Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Пошкодження шкірних покривів – поширена причина звертань до щелепно-лицевих хірургів. Найчастіше для обробки ран у даній ділянці використовують водний розчин йоду (M.Nesvadbova, M.Crosera, 2015). Враховуючи, що Львівська область належить до ендемічного йододефіцитного району, частка хворих дітей на ендемічний зоб становить 40,8% (Миронюк Н.І., 2008). Згідно досліджень, рани у пацієнтів з гіпотиреозною формою ендемічного зобу загоюються довше і важче, ніж у решти пацієнтів (J. Natori et al., 1999). У наш час вагомим є не лише функціональне та структурне відновлення тканин після пошкодження, а й естетична складова досягнутого результату.

**Мета дослідження.** Оптимізувати загоєння ран у естетичній зоні (обличчя) у пацієнтів, що страждають гіпотиреозом.

**Матеріали та методи дослідження.** Експеримент проведено на 14 статевозрілих самцях щурів лінії Вістар, що утримувались у стандартних умовах віварію університету. Тварин було розділено на 4 групи: I – змодельовано гіпотиреоз, аплікація олійним розчином ретинол ацетату; II - змодельовано гіпотиреоз, аплікація 10% водним розчином йоду «Бетадин»; III – без патології щитоподібної залози, аплікація олійним розчином ретинол ацетату; IV - без патології щитоподібної залози, аплікація 10% водним розчином йоду «Бетадин». З метою моделювання гіпотиреозу, протягом 1 місяця тварини I та II груп отримували препарат «Тирозол» з розрахунку 5мг/1кг маси тіла. Надалі, під ефірним наркозом після епіляції усім тваринам пошкоджували шкіру

щічної ділянки на усю товщину. Тваринам I та III груп рани змащували олійним розчином ретинол ацетату 3 рази на день протягом 1 тижня, а тваринам II та IV груп – 10% водним розчином йоду «Бетадин». На 7 день після пошкодження тварин було виведено з експерименту шляхом десятикратного передозування ефіру. Для гістологічного дослідження було забрано щитоподібну залозу та шкіру з підлеглими м'якими тканинами в ділянці рани. Мікропрепарати виготовлялись за стандартними схемами та були фарбовані гематоксилін-еозином.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Гістологічно у щитоподібних залозах тварин I та II груп було виявлено втрату колоїду у фолікулах, їхню деформацію та стоншення стінок, що підтверджує розвиток гіпотиреозу у даних групах. Препарати щитоподібних залоз тварин III та IV груп відповідали нормі. У тварин I групи рана заміщена щільною неоформленою сполучною тканиною із значною кількістю фібробластів та макрофагів, що свідчить про перехід з фази запалення у фазу проліферації. У тварин II групи спостерігається виражений запальний процес із тенденцією до відторгнення тканин (наявний тканинний детрит, простежується демаркаційна лінія на межі із неушкодженою дермою, а також значна кількість макрофагів). У тварин III групи рана заміщена щільною неоформленою сполучною тканиною, що структурно відповідає незмінній дермі, наявні зачатки волосяних фолікулів, краї рани епітелізуються. Дані зміни відповідають фазі диференціації. У тварин IV групи на місці дефекту утворений епітелізований грубоволокнистий рубець, що вказує на швидші терміни загоєння за умов норми, але відсутність косметичного ефекту у порівнянні із застосуванням ретинол ацетату.

**Висновки.** Незалежно від обраної післяопераційної тактики, загоєння ран на фоні гіпотиреозу проходить повільніше, ніж за умов норми. Застосування ретинол ацетату в ділянці пошкодження сприяє швидшому загоєнню дефекту та структурному відновленню шкіри. У хворих з гіпотиреозом аплікації йодовмісних препаратів не створюють належного протизапального ефекту та не сприяють загоєнню ран.

**Summary.** The study modeled the injury of the skin in buccal area in 14 rats with 10 of them being in state of hypothyroidism. Retinol acetate and povidone iodine were applied to the investigated area in different groups. The results of morphological analysis show the effectiveness of the retinol acetate applications in the wound healing in rats with hypothyroidism.

УДАРНО-ХВИЛЬОВА ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ОПТИМІЗАЦІЇ  
ЗАГОЄННЯ ПОРОЖНИННИХ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ НА НИЖНІЙ  
ЩЕЛЕПІ (ТВАРИННИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ)

Штибель Назар Володимирович, Штибель Денис Володимирович  
Науковий керівник: д.мед.н., проф. Варес Ян Евальдович  
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії,  
стоматологічний факультет, Львівський національний медичний  
університет імені Данила Галицького  
м.Львів, Україна

THE SHOCK WAVE TREATMENT AS A METHOD OF OPTIMISATION  
OF HOLEY BONE DEFECT HEALING AT THE MANDIBLE (ANIMAL  
EXPERIMENT)

Nazar Shtybel, Denys Shtybel  
Scientific leader: Yan Vares, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Faculty of  
Dentistry, Danylo Halytsky Lviv National Medical University  
Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** В практиці хірурга стоматолога доволі часто зустрічаються післяопераційні порожнинні кісткові дефекти (КД) (Mardas N, Kraehenmann M, Dard M., 2012; Ko EC, Chang SM, 2015). Ударно-хвильова терапія (УХТ) зарекомендувала себе як ефективний метод лікування хронічних незрощених переломів кісток у людей, з часткою відмінного результату від 41% до 85% (Beutler S, Regel G, Pape HC, 1999; Wang CJ et al., 2001). Враховуючи технічні принципи роботи та патофізіологічні ефекти УХТ, її застосування показане з метою загоєння КД.

**Мета дослідження.** Оптимізувати загоєння післяопераційних порожнинних КД на нижній щелепі.

**Матеріали та методи дослідження.** Експеримент проводився на 24 статевозрілих самцях кроликів віком від 6 місяців та середньою масою тіла 3,1кг, що утримувались в стандартних умовах віварію університету. Тварин було поділено на 4 рівні групи. Під інгаляційним ефірним наркозом внутрішньоротовим доступом на тілі нижньої щелепи кожній з тварин було сформовано КД діаметром 4мм та глибиною 3 мм. У кроликів II та III груп додатково дефекти виповнювались колагеновою губкою імпрегрованою кальцій гідроксилапатитом «Колапол КП-ЛМ». Операційні рани ушито Serafast® 5-0. Починаючи з 2 дня після операції, за допомогою апарату BTL-6000 SWT Topline™ на ділянку КД тварини I

та III груп отримували курс 3-разової УХТ в режимі 2000 імпульсів потужністю 2,1 Бар з частотою 9 Гц з семиденною перервою між сеансами. IV група – контрольна. Рентгенологічний контроль здійснювали радіовізіографом Gendex GXS-700™ (Kavo) перед операцією, на 2й, 7й, 21й дні та 1-6 місяці опісля неї. На отриманих радіовізіограмах вимірювали відносну щільність кісткової тканини (ЩКТ) за стандартною шкалою градації сірого від 0 до 255 умовних одиниць щільності (у.о.щ.). Отримані дані було статистично опрацьовано та зведено у таблиці.

З експерименту виводили по 2 тварини з кожної групи на 1, 3 та 6 місяць експерименту. Після фіксації, декальцинації, формування парафінових блоків і відповідних зрізів та фарбування препаратів гематоксилін-еозином, проводили гістологічний аналіз фрагментів нижньої щелепи у піддослідних тварин кожної з груп.

**Результати дослідження та їх обговорення.** До оперативного втручання та розподілу тварин на групи, ЩКТ в ділянці премалярів нижньої щелепи кролів в середньому становила  $165,8 \pm 4,13$  у.о.щ. Після моделювання КД, ЩКТ закономірно різко знизилась у всіх групах (до  $114,65 \pm 2,54$  у.о.щ. у I групі,  $127,3 \pm 2,87$  у.о.щ. у II групі та до  $129,46 \pm 3,4$  у.о.щ. і  $117,03 \pm 2,68$  у.о.щ. у III та IV групах відповідно). У тварин I групи стрімке зростання ЩКТ зафіксовано на 3-4 тижні після втручання (до рівня  $143,38 \pm 3,91$  у.о.щ. наприкінці I го місяця). Надалі ЩКТ плавно зростала до повного загоєння КД через 5 місяців після втручання. У тварин II групи, починаючи з 3 тижня, ЩКТ рівномірно зростала від  $143,73 \pm 2,16$  у.о.щ. на 21й день до  $165,74 \pm 6,92$  у.о.щ. на 5 місяць експерименту. Через 6 місяців статистично значущих змін не виявлено. Значне зростання ЩКТ у тварин III групи спостерігалось з 3 по 4 тижні від початку експерименту – до  $151,16 \pm 4,38$  у.о.щ. Наприкінці 4 місяця рентгенологічно КД не візуалізувались (при щільності  $169,59 \pm 5,28$  у.о.щ.). У тварин IV групи на 21 день ЩКТ становила  $123,16 \pm 2,22$  у.о.щ. Протягом наступного тижня цей показник зріс до  $135,13 \pm 3,21$  у.о.щ. і залишався практично незмінним до кінця 2 місяця. Надалі ЩКТ у тварин даної групи плавно зростала до  $149,65 \pm 4,41$  у.о.щ. на 6 місяць експерименту. При цьому КД на радіовізіограмах все ще візуалізувались. Гістологічно найбільш показовими були зміни у III групі. Так, на 1 місяць КД були виповнені волокнистою сполучною тканиною із гермінативним матриксом. На 3 місяць КД були заміщені зрілою грубоволокнистою сполучною тканиною із маломінералізованими ділянками первинного кісткового регенерату. Після 6 місяця спостерігається новоутворена

кісткова тканина різного ступеня мінералізації, міжбалковий простір якої заповнений пухкою сполучною тканиною.

**Висновки.** В умовах експерименту, застосування УХТ та заміщення дефектів остеопластичними матеріалами однаковою мірою пришвидшують процеси загоєння та ремінералізації КД на нижній щелепі. Найкращого ефекту як в плані якості ремодельованої кістки, так і в часі, досягнуто шляхом комбінації УХТ з попереднім заповненням дефекту колагеновою губкою, імпрегнованою кальцій гідроксилапатитом.

**Summary.** We have studied the effect of shock wave treatment (SWT) on the bone defect healing in experiment on 24 rabbits. The radiovisiographic monitoring and morphological analysis demonstrates the high level of bone quality when SWT is combined with bone plastic.

## ВМІСТ МАГНІЮ В РОТОВІЙ РІДИНІ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Авдусенко М.В.

Науковий керівник – проф., д.мед.н. Ярова С.П.  
кафедра стоматології № 2, ФІПО, Донецький державний медичний  
університет ім. М. Горького,  
м. Красний Лиман, Україна

## THE CONTENT OF MAGNESIUM IN THE ORAL LIQUID IN CHILDREN WITH DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE

M.V. Avdusenko

Scientific leader: S.P. Yarova, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Dentistry No. 2, Faculty of Internship Post-Graduate Education,  
Gorky Donetsk State Medical University,  
Krasny Liman, Ukraine

**Актуальність теми.** Магнію належить істотна роль у формуванні нормальної структури сполучній тканині, і порушення гомеостазу магнію є одним з етіологічних факторів формування дисплазії сполучної тканини.

**Мета дослідження.** Вивчення вмісту магнію у ротовій рідині у дітей з дисплазією сполучної тканини.

**Матеріали та методи дослідження.** Визначали вміст магнію в ротовій рідині 50 дітей у віці 10 – 12 років, з них: 30 – з синдромами дисплазії сполучної тканини (основна група), 20–умовно здорові діти (контрольна група).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Середні результати вмісту магнію в ротовій рідині у дітей в основній групі склали 0,25 ммоль/л, що на 43,2 % нижче, ніж у контрольній – 0,44 ммоль/л.

**Висновки.** В основній групі концентрація магнію в дефіциті і діти цієї групи потребують корекції його вмісту. Недостатня кількість магнію в організмі дитини призводить до подальшого прогресування розвитку дисплазії сполучної тканини, що негативно впливає на стан ротової порожнини.

**Summary.** While examining 50 children aged 10 to 12 year, 30 children with the dysplasia of connective tissue were found to have a magnesium deficiency in the oral fluid as compared to compared 20 healthy children.

## БАЗОВІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЕСТЕТИЧНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ У ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ

Безрукавий С.В., Єгоров М.Д.

Науковий керівник: старший викладач Бокоч А.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

## BASIC CRITERIA FOR ASSESSING THE QUALITY OF ORTHOPEDIC ESTHETIC RESTORATIONS IN THE FRONTAL AREA

S.V. Bezrukavyyi, M.D. Ehorov Maksim

Scientific leader: A.V. Bokoch, Senior Lecturer

Department of Orthopedic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National  
University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Розширення концепції естетичної реабілітації пацієнтів з дефектами зубного ряду чи структури окремих зубів у фронтальній ділянці обумовлено прогресивною зміною поглядів відносно етапів препарування, вибору оптимально адаптованого підходу до реабілітації функціональної та естетичної складових, а також особливостями фіксації провізорних та кінцевих ортопедичних конструкцій з точки зору можливостей модифікованих адгезивних технік. Реалізація АРТ-алгоритму (assessment-planning-treatment) сьогодні значно відрізняється від класичного протоколу відновлення візуальних гармонічних характеристик білої та рожевої естетики, оскільки як прямі так і непрямі реставрації все більше набувають індивідуалізованих критеріїв. Значимість останніх була аргументовано відмічена Nayak та Winnier (2005) при дослідженні взаємозв'язку між стоматологічним естетичним індексом DAI (Dental Aesthetic Index) та особистою задоволеністю пацієнта естетичними результатами терапевтичного чи ортопедичного втручання. Сильний кореляційний взаємозв'язок був виявлений при порівнянні результатів аналізу еталонного опитувальника DAI та суб'єктивної думки пацієнтів щодо зовнішнього вигляду посмішки, що обумовило необхідність першочергового врахування бачення пацієнтом прогнозу та можливих перспектив змін зовнішнього вигляду зубів та м'яких тканин та їх співвідношення з точки зору цілісної побудови дизайну посмішки та функціональної реабілітації. Домінування об'єму центральних різців або ж розміру видимого щічного коридору враховується при використанні принципів Digital Smile Design з використанням прикладного програмного забезпечення Digital Smile Studio, iSmile Studio, та ін. Такий підхід з використанням комп'ютерного фрезерування дозволяє уніфікувати бачення стоматолога та зубного техніка на об'єктивний прогностично спланований результат лікування з використанням ортопедичних конструкцій.

Відповідно до інструкцій Американської академії косметичної стоматології ефективність естетичної реабілітації визначається ступенем наближення прямої чи непрямой реставрації до зовнішнього вигляду індивідуальної біологічної моделі міжзубного та міжщелепового співвідношень із забезпеченням принципів гармонії, пропорційної чи симетричності. Анатомічні варіації, що визначають індивідуальні естетичні характеристики стоматологічного статусу в ході ортопедичного лікування можуть бути виокремлені чи навпаки знівельовані, в залежності від їх впливу на естетичний профіль посмішки та динаміку змін зовнішнього вигляду відносно загальної лицевої конфігурації. Домінантність окремих зубів, визначена їх формою, положенням,

нахилом та кольором повинна бути максимально імітована в ході лікування, оскільки прогнозовано формуватиме цілісність індивідуального дизайну посмішки.

Однак, навіть з врахуванням можливостей комп'ютерного графічного аналізу та високо естетичних характеристик матеріалів непрямих реставрацій, відкритою залишається необхідність розробки основних критеріїв комплексної оцінки якості протезування естетичними ортопедичними конструкціями в фронтальній ділянці базуючись на параметрах стабільності ясенного краю, міжзубного закриття, топографічних та колірних характеристик зубів, позиції zenіту ясенного контуру та загальної симетрії.

**Мета дослідження.** Провести аналітичне дослідження ортопедичних конструкцій у фронтальній області щелеп з визначенням цілісності та адекватності їх естетичного профілю, та відповідності їх параметрів еталонним критеріям естетичної реабілітації.

**Матеріали та методи дослідження.** В ході дослідження було обстежено 35 осіб з ортопедичними конструкціями в фронтальній ділянці, з яких 24 – одиночні коронки, і 11 мостоподібні конструкції. Суть дослідження полягало в побудові алгоритму та комплексному аналізі вихідної клінічної ситуації з наступним планування правильної естетичної реабілітації. Аналіз естетичних показників проводився відповідно до критеріїв Pascal Magne (Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition: A Biomimetic Approach) та Mauro Fradeani (Esthetic Rehabilitation) взятих за еталон для аналітичного порівняння.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході дослідження було проаналізовано критерії Pascal Magne та Mauro Fradeani, визначені за золотий стандарт, та на основі результатів порівняння запропоновані наступні критерії оцінки естетичної складової ортопедичних конструкцій у фронтальній області: Основні критерії: стан ясен, закриття інтердентальних проміжків, відношення до осі зуба, zenіт ясенного контуру, баланс гінгівальних рівнів, рівень інтердентальних контактів, відносні розміри зубів, основні особливості форми зуба, характеристика (опалесценція, транслюцентність, транспарентність), текстура поверхні, колір, конфігурація ріжучого краю, нижня лінія губ, симетрія посмішки. Суб'єктивні критерії (естетична інтеграція): варіації форми зуба, розташування зубів і позиціонування, відносна довжина коронки, негативний простір.

**Висновки.** Невирішеними проблемами протезування фронтальної групи зубів естетичними конструкціями залишається планування та комплексний підхід, що забезпечується співпрацею лікаря і зубного

техніка. В статті наведені основні критерії комплексної оцінки якості протезування естетичними ортопедичними конструкціями в фронтальній ділянці. Наведений алгоритм планування, виготовлення та оцінка якості протезування.

**Summary:** The article sets out the main criteria for the comprehensive quality assessment of aesthetic prosthetics in the frontal area. The algorithm of planning, production and quality assessment prosthesis resume: unsolved problems in front of prosthetic teeth aesthetic designs are planned and the integrated approach of cooperation doctor and dental technician is applied. The article presents the main criteria comprehensive quality assessment of aesthetic prosthetics in the frontal area. The algorithm of planning, production and quality assessment prosthesis is described.

## КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБУ ТА ПАРОДОНТУ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Вовчанська Софія Володимирівна

Науковий керівник – к. мед. н., доц. Жеро Н.І.

Кафедра стоматології післядипломної освіти, стоматологічний факультет,

Ужгородський національний університет,

м. Ужгород, Україна

## CLINICAL CHARACTERISTIC OF STATE OF TOOTH HARD TISSUES AND PERIODONTAL TISSUES IN ONCOLOGICAL PATIENTS

S.V. Vovchanska

Scientist leader: N.I. Zhero, Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Professor

Department of Postgraduate Dental Education, Faculty of Dentistry, Uzhhorod  
national university, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Онкологічні захворювання мають значну поширеність. Протягом 2014 року в м. Ужгороді захворіли на злоякісні новоутворення 386 осіб, у 160 осіб була застосована хіміотерапія, ускладнення якої вимагають участі спеціалістів різного профілю. В основі дії цитостатиків – токсичний вплив на клітини пухлини, які швидко

проліферують. Цитостатики впливають також на інші клітини організму із високою мітотичною активністю, зокрема клітини слизової оболонки ротової порожнини, шлунково-кишкового тракту (ШКТ), гемопоетичної системи та ін., також вона має імуносупресорну дію, яка створює сприятливі умови для розвитку патогенної мікрофлори та опортуністичних інфекцій. Недостатньо досліджені зв'язки між неопластичними процесами, зокрема, у шлунково-кишковому тракті, та змінами у пародонті та слизовій оболонці ротової порожнини при проведенні хіміотерапії у онкологічних хворих.

**Мета дослідження.** Вивчити особливості прояву побічних ефектів з боку ротової порожнини при хіміотерапії у онкологічних хворих з локалізацією в ШКТ. Дослідити стоматологічний статус до спеціального лікування та проаналізувати побічні ефекти в ротовій порожнині після проведеного курсу лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами було проведено обстеження 58 онкологічних хворих із локалізацією процесу в ШКТ (42 жінки і 16 чоловіків). Контрольна група включала в себе 30 осіб (18 жінок і 12 чоловіків). В якості методів дослідження застосували індекс гігієни Silness-Loe, кількість уражених каріозним процесом, видалених та пролікованих зубів, оцінка стану пародонта за допомогою модифікованого індексу CPI. Також встановити інтенсивність побічних реакцій після проведеного курсу хіміотерапії.

**Результати досліджень та їх обговорення:** Із 58 досліджуваних пацієнтів, які проходили курс хіміотерапії, 59% скаржились на зміни в м'яких тканинах порожнини рота, такі зміни спостерігались лише в 10% контрольної групи (30 пацієнтів). Патологія твердих тканин порожнини рота наведена в таблиці.

	Основна	Контрольна
Silnes-Loe	1.28±0.11	0.94±0.00
Відсутні зуби	7.55±0.80	4.97±0.67
Зуби, уражені каріозним процесом	2.10±0.36	1.21±0.25
Запломбовані зуби	2.27±0.37	4.82±0.44
Модифікований індекс CPI	1.45±0.11	1.29±0.10

**Висновки.** З аналізу клініко-анамнестичних даних обстежених хворих випливає, що важкість та перебіг патологічного процесу в пародонті та змін твердих тканин зуба залежить від значної кількості факторів – попереднього стану органів ротової порожнини до початку протипухлинного лікування, рівня санітарної культури хворого,

онкологічного анамнезу, методик протипухлинного лікування та рівня стоматологічної допомоги, яку надавали хворим.

**Summary.** The analysis of the clinical manifestation and anamnesis of the patients shows that the severity and course of pathological process in periodontal area and the changes of the dental hard tissues depend on a large number of factors - the previous state of the oral cavity before the anticancer treatment, level of hygiene education of the patient, cancer anamnesis, anticancer treatment techniques and the level of dental care provided for patients.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНОМУ ЩЕЛЕПНО-  
ЛИЦЕВОМУ СТАЦІОНАРІ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ СТОМАТ  
ПОЛІКЛІНІКИ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Горват В.М.

Науковий керівник: д. мед. Н., проф. Костенко Є. Я.  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN MODERN HOSPITAL  
MAXILLOFACIAL UNIVERSITY DENTAL CLINIC IN THE  
TRANSCARPATHIAN REGION

V.M. Gorvat

Scientific leader: Ye. Ya Kostenko, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Стоматологічна допомога є однією із наймасовіших та найнеобхідніших видів медичного обслуговування населення. Певна частина стоматологічних хвороб потребує стаціонарної стоматологічної допомоги. Тому правильна організація медичної допомоги в щелепно-лицевому стаціонарі є важливим завданням.

**Мета дослідження.** Організація сучасного щелепно-лицевого стаціонару в Закарпатській області для підвищення рівня стоматологічної допомоги населенню.

**Матеріали та методи дослідження.** В даній роботі були наведені основні вимоги для організації щелепно-лицевого стаціонару та повноціного його функціонування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Організація стоматологічного стаціонару потребує створення певного комплексу служб у межах одного відділення, що включає в себе: операційний блок, перев'язочні, лікувальний кабінет, кабінет лікаря-ортопеда, спеціальні бокси, палати. Операційний блок складається з: передопераційної, операційної, стерилізаційної, наркозної, апаратної, інструментальної, кабінету хірурга, матеріальної, душевої. Перев'язочна - найкраще коли у відділенні є дві перев'язочні – «септична» і «чиста». Допустиме використання однієї перев'язочної при послідовному чергуванні графіків «чистих» та «септичних» перев'язок.

Лікувальний кабінет — при потребі проведення перед операційної санації. Кабінет лікаря-ортопеда — за необхідності виготовлення різноманітних ортопедичних апаратів для шинування та заміщення дефектів щелепно-лицевої ділянки. Спеціальні бокси призначені для промивання порожнини рота. Палати стоматологічного відділення: чоловічі та жіночі. Палата на 1 ліжко повинна мати площу 9 м<sup>2</sup> у багатомісних палатах норма площі на 1 ліжко - 7 м<sup>2</sup>. Дві післяопераційні палати – жіноча та чоловіча. У відділенні щелепно-лицевої хірургії також передбачається кабінет завідувача, ординаторська, кімната старшої медсестри, спеціалізована їдальня.

**Висновки.** При дотриманні всіх вище перерахованих аспектів, можливе забезпечення висококваліфікованої допомоги пацієнтам з щелепно-лицевими захворюваннями, та подальший розвиток стоматологічного стаціонару на території Закарпаття.

**Summary.** If all abovementioned aspects are complied with, it is possible to provide highly-qualified medical care to patients with maxillofacial diseases and further develop the in-patient dental surgery care in Transcarpathia.

## ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Дворакевич Ярослав Андрійович

Наукові керівники: Бариляк Андріана Ярославівна, асистент, кандидат медичних наук; Бек Наталія Сергіївна, асистент, кандидат медичних наук; кафедра терапевтичної стоматології, кафедра внутрішньої медицини № 2, стоматологічний факультет, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

## GENDER FEATURES OF DENTAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES

Dvorakevych Yaroslav Andriyovych

Scientific leader: Barylyak Adriana Yaroslavivna, Candidate of Medical Sciences, Assistant; Bek Natalya Serhiivna, Candidate of Medical Sciences, Assistant;

Department of General Dentistry, Department of Internal Medicine No. 2, Faculty of Dentistry, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Захворюваність на цукровий діабет (ЦД) в нашій країні та світі постійно зростає, але часто пацієнти звертаються до лікарів тільки при проявах супутніх симптомів. Звернення до стоматолога може бути зумовлено появою сухості у ротовій порожнині, катарального глоситу, ускладненого кандидозом, кандидозного ангулярного хейліту, генералізованого парадонтиту, а також остеолізу, який зменшує можливість протезування на дентальних імплантах. Стоматолог, який володіє знаннями про ранні прояви ЦД, може першим інформувати пацієнта про необхідність відповідного обстеження.

**Мета дослідження.** Визначити гендерні особливості взаємовідношень між стоматологічними та загальними проявами та ускладненнями ЦД.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 20 пацієнтів з ЦД 2 типу, які знаходились на лікуванні у терапевтичному та хірургічному відділеннях 1 міської клінічної лікарні імені Князя Лева міста Львова, 10 чоловіків віком  $62,5 \pm 6,9$  років та 10 жінок віком  $59,9 \pm 7,2$  років. Проведено планове клінічне обстеження, антропометрія з розрахунком індексу маси тіла (ІМТ), анкетування, заповнена пародонтальна карта. Додатково були проведені 4 індексні оцінки стану пародонта: Пародонтальний індекс PDI (індекс гінгівіту), Пародонтальний індекс ПІ,

Індекс кровоточивості ВОР, Гігієнічний індекс Федорова-Володкіної; розраховували відсоткове співвідношення адентії у кожного хворого. Розраховано пульсовий артеріальний тиск (ПАТ) та швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою MDRD у мл/хв/1,73м<sup>2</sup> поверхні тіла. Порівняння показників між групами здійснювали за допомогою U-критерію Манн-Вітні (рівень істотності  $p < 0,05$ ). Для з'ясування сили і направленості кореляційних зв'язків визначали критерій ( $\tau$ ) Кендалла

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено істотну різницю між жінками та чоловіками за ПІ ( $1,1 \pm 0,3$  проти  $0,6 \pm 0,1$ ,  $p = 0,04$ ) та за відсотковим співвідношенням адентії ( $42,4 \pm 17,9$  проти  $63,7 \pm 22,5$ ,  $p = 0,02$ ). Крім того, в жінок, за умов однакової з чоловіками тривалості діабету визначалась істотно нижча ШКФ ( $59,7 \pm 7,9$  проти  $84,4 \pm 24,9$  мл/хв/1,73м<sup>2</sup>,  $p = 0,02$ ). Отже, збільшення ступеня запалення за ПІ та адентія асоціюються в жінок з прогресуванням діабетичної нефропатії. Кореляції між вивченими показниками в жінок та чоловіків були різними. Так, у жінок встановлено обернений кореляційний зв'язок між Гігієнічним індексом Федорова-Володкіної та віком ( $\tau = -0,48$ ,  $p < 0,04$ ). Встановлено прямий істотний зв'язок цього індексу з рівнем ПАТ, який відображає артеріальну жорсткість і асоціюється з атеросклеротичним ураженням судин ( $\tau = 0,49$ ,  $p < 0,03$ ). У чоловіків PDI прямо прямо корелював з ШОЕ ( $\tau = 0,57$ ,  $p < 0,04$ ) та обернено – з вмістом гемоглобіну (Hb) ( $\tau = -0,51$ ,  $p < 0,03$ ). ВОР прямо корелював з систолічним артеріальним тиском (САТ) та ПАТ ( $\tau = 0,66$ ,  $p < 0,04$  та  $\tau = 0,67$ ,  $p < 0,03$  відповідно). Гігієнічний індекс прямо корелював з рівнем діастолічного артеріального тиску (ДАТ) ( $\tau = 0,48$ ,  $p < 0,02$ ). Отже, у чоловіків ступінь запалення, пов'язаного з гінгівітом, асоціюється зі змінами периферичної крові – зростанням ШОЕ та зниженням рівня Hb. Зростання САТ, ПАТ та ДАТ асоціюється зі зростанням індексу кровоточивості та гігієнічного індексу.

**Висновки.** У жінок, на відміну від чоловіків, збільшення ступеня запалення пародонта за ПІ та адентія асоціюються зі зниженням видільної функції нирок на тлі діабетичної нефропатії. Гігієнічний індекс Федорова-Володкіної в жінок погіршується з прогресуванням судинної жорсткості, асоційованої з атеросклеротичним ураженням. У чоловіків зниження рівня Hb та зростання рівня систоло-діастолічної артеріальної гіпертензії і артеріальної жорсткості асоціюються зі збільшенням запалення, пов'язаного з гінгівітом, зростанням кровоточивості та погіршенням гігієнічного індексу.

**Summary.** A total of 20 patients diagnosed with Diabetes Mellitus type II were examined, 10 men aged  $62,5 \pm 6,9$  and 10 women aged  $59,9 \pm 7,2$ . A

planned clinical examination was carried out with anthropometry with account of Body Mass Index (BMI) periodontal and medical card filled out. Four indices were used for periodontal disease assessment: Periodontal Disease Index (PDI) (gingivitis index), Periodontal Index (PI), Bleeding On Probing (BOP), Hygiene index (Fedorov-Volodkina index); the share of patients with edentia was also established.

The results were statistically analyzed (*Statistica for Windows 6.0* (Statsoft, USA). We have established that: women have an increased stage of inflammatory periodontitis according to PI and edentia is associated with a decreased secretory function of kidneys due to diabetic nephropathy. Hygiene index (Fedorov-Volodkina) in women decreases in correlation with progressive vascular hardness, which is associated with atherosclerosis lesions. In men decreased haemoglobin and increased levels of systole-diastolic arterial hypertension and arterial hardness are associated with increased inflammation, gingivitis, increased bleeding and a decline in the Hygiene Index.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ НА ПРОЦЕСИ ЗАГОЄННЯ РАН ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ В ПОРОЖНИНІ РОТА

Домище М.Ю.

Науковий керівник: д. мед. н., професор Горицький В. М.  
кафедра хірургічної стоматології, ЦЛХ та онкостоматології,  
стоматологічний факультет, Ужгородський національний університет,  
м.Ужгород, Україна

## THE EFFECTIVENESS OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION ON WOUND HEALING PROCESS AFTER SURGERY IN THE MOUTH

M.Yu. Domyshche

Scientific leader: V.M. Goritskii, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Operative Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National  
University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Сильний зубний біль і біль в порожнині рота є найпоширенішими хворобами людини. За статистикою, понад 90% населення земної кулі мучать захворювання зубів. Як зняти зубний біль у комплексному лікуванні стоматологічних захворювань, в даний час застосовують різні засоби від зубного болю (анальгетики, антидепресанти, антибіотики та ін.), а також фізіотерапевтичні процедури. При такому обсязі компонентів комплексне лікування має явні недоліки. Виникають труднощі в індивідуальному виборі лікарських препаратів, можливість розвитку побічних ефектів (алергічні реакції, лікарська залежність і звикання), а також неможливість призначення певних медикаментів і проведення деяких процедур через наявні у хворих супутніх захворювань. Все це вимагає нових методів і методичних підходів в лікуванні стоматологічної патології. В такому випадку, як лікувати зубний біль? Можливим вирішенням цього питання стало впровадження в практичну медицину нового немедикаментозного методу лікування ТЕС-терапії. Ефективне і швидке знеболювання зубного болю було доведено багаторічними дослідженнями. Доведені ефекти ТЕС-терапії дозволяють застосовувати її в комплексному лікуванні зубного болю: Нормалізація психоемоційного статусу пацієнтів, в тому числі зняття тривожності перед стоматологічними втручаннями, нормалізації самопочуття, сну, позитивного відношення до проведеного лікування зубного болю;

ТЕС терапія допоможе ефективно зняти або полегшити зубний біль і біль в порожнині рота, перешкоджаючи розвитку залежності від анальгетиків; прискорення загоєння пошкодженої слизової оболонки ротової порожнини, тканини ясен, кісткової тканини і поліпшення процесів остеointegraції; нормалізація артеріального тиску і мікроциркуляції; стимуляції загального і місцевого імунітету, протизапального ефекту; зниження ймовірності розвитку післяопераційних ускладнень, нагноєння післяопераційних ран і остеонекрозу; ТЕС терапія - швидка допомога при зубному болю. Лікування зубного болю з ТЕС терапією полягає у виборчому впливі на захисну систему мозку людини слабкими електричними імпульсами певних характеристик, в результаті чого підвищується вироблення бета-ендорфіну. За допомогою ТЕС терапії питання як зняти зубний біль вирішується швидко, так як ТЕС-терапія усуває больові синдроми, стимулює репаративну регенерацію, відновлює і активує імунітет, нормалізує мікроциркуляцію і системний кровотік. Нормалізується психофізіологічний і емоційний статус, настрій, мотиваційна сфера, регулюється поведінка, навколишня і соціальна адаптація. При високій ефективності, ТЕС-терапія вигідно відрізняється

від традиційних лікарських засобів від зубного болю відсутністю побічних ефектів і малим числом протипоказань.

**Мета дослідження.** Вивчити вплив транскраніальної електростимуляції на перебіг загоєння ран у пацієнтів після хірургічних операцій в порожнині рота (атипове видалення 8-их зубів, періостотомія, хронічний пародонтит III, IV ступенів).

**Матеріали та методи дослідження.** Формування досліджуваної вибірки пацієнтів проводилось в м. Ужгород та смт. Вел. Березний за попереднім погодженням осіб та підписання добровільної згоди на огляд з боку хворого. В межах досліджуваної групи (20 пацієнтів) проводився аналіз змін стоматологічного статусу з використанням клінічних та параклінічних методів дослідження. Реєстрація стану ротової порожнини проводилась із заповненням медичної карти стоматологічного хворого (форма 043/о).

**Результати дослідження та їх обговорення.** У всіх досліджуваних пацієнтів групи вибірки спостерігались: нормалізації психоемоційного статусу пацієнтів, в тому числі купірування тривожності перед стоматологічними втручаннями, нормалізації самопочуття, сну, позитивні відносини до проведеного лікування; ефективного купірування або зниження інтенсивності больових синдромів будь-якої етіології, перешкоди розвитку залежності від анальгетиків; прискорення загоєння пошкодженої слизової оболонки ротової порожнини, тканини ясен, кісткової тканини і поліпшення процесів osteoінтеграції; нормалізації артеріального тиску і мікроциркуляції; стимуляції загального і місцевого імунітету, протизапального ефекту; зниження ймовірності розвитку післяопераційних ускладнень, нагноєння післяопераційних ран і остеонекрозу; Перспектива подальшого дослідження полягає у покращенні реабілітації пацієнтів.

**Висновки.** Подальше дослідження та системна оцінка впливу транскраніальної стимуляції на перебіг загоєння у пацієнтів після хірургічних операцій в порожнині дозволить запровадити адаптацію та модифікацію методів реабілітації та об'єктивізації результатів лікування.

**Summary.** Further research and systematic assessment of the impact of transcranial stimulation on the course of healing in patients after surgery in the cavity will apply the adaptation and modification methods of rehabilitation and objectification outcomes.

# ХІМІЧНИЙ СКЛАД ПОВЕРХНЕВОЇ ЕМАЛІ ЗУБІВ З КЛИНОПОДІБНИМ ДЕФЕКТОМ

Заболотна І.І., Гензицька О.С.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Ярова С.П.

Кафедра стоматології №2 ФІПО, Донецький національний медичний  
університет ім. М. Горького, м. Красний Лиман, Україна

## CHEMICAL COMPOSITION OF SURFACE ENAMEL OF TEETH WITH WEDGE-SHAPED DEFECTS

I.I. Zabolotna, O.S. Henzytska

Scientific leader: S.P. Yarova, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Dentistry No. 2, Faculty of Internship and Postgraduate  
Education, Gorky Donetsk National Medical University,  
Krasnyi Lyman, Ukraine

**Актуальність теми.** До складу зубів входять як макро-, так і мікроелементи, кількість яких змінюється при різноманітних фізіологічних і патологічних станах. В клініці досить часто діагностуються пришийкові ураження, що утворюються на межі емаль/цемент, - клиноподібні дефекти й мікротріщини.

**Мета дослідження.** Вивчення хімічного складу емалі в різних анатомічних ділянках зубів з клиноподібним дефектом в залежності від глибини мікротріщин.

**Матеріали та методи дослідження.** Досліджували 10 видалених за клінічними показниками зубів пацієнтів 25-54 років, які очищували, заливали у форми, а потім шліфували і напиляли вуглецем. Діагностували три типи тріщин в залежності від складності їх визначення (С.Б. Іванова, 1984). Використовували растровий електронний мікроскоп JSM-6490 LV з системою рентгенівського мікроаналізу INCA Penta FETx3. Визначали мінеральний склад емалі у вигляді відсоткового співвідношення вагових кількостей дев'яти елементів кристалів апатитів зуба: кальцій, фосфор, натрій, магній, сірка, хлор, цинк, калій, алюміній.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На першому етапі був визначений хімічний склад емалі в залежності від глибини мікротріщин в різних топографічних зонах. За результатами дисперсійного аналізу було отримано різницю у вмісті натрію, фосфору та хлору в зубах з I типом ( $p < 0,05$ ). Концентрація натрію в зоні ріжучого краю (горба) була найбільшою ( $0,36 \pm 0,01$  норм.масс.%) та відрізнялася від показників в області екватору ( $0,12 \pm 0,03$  норм.масс.%) на рівні значущості  $p = 0,036$ . Фосфор і хлор, навпаки, в більшій кількості

визначались на екваторі ( $13,66 \pm 0,09$  норм.мас.% і  $0,49 \pm 0,01$  норм.мас.%, відповідно), а в меншій – фосфор в області ріжучого краю (горба) -  $9,25 \pm 0,27$  норм.мас.% ( $p=0,006$ ), хлор в пришийковій області -  $0,28 \pm 0,03$  норм.мас.% ( $p=0,01$ ). В зубах з II типом мікротріщин емалі були виявлені статистично значущі відмінності у вмісті всіх хімічних елементів за винятком алюмінію, сірки й калію ( $p > 0,05$ ). При цьому концентрація натрію та магнію була найменшою в ділянці ріжучого краю (горба), відповідно,  $0,21 \pm 0,02$  норм.мас.% і  $0,10 \pm 0,01$  норм.мас.%, а найбільшою - в зоні екватору для натрію ( $0,75 \pm 0,41$  норм.мас.%) ( $p < 0,001$ ) і в пришийковій області – для магнію ( $0,16 \pm 0,01$  норм.мас.%) ( $p=0,011$ ). Рівень же фосфору і кальцію в області ріжучого краю (горба) був, навпаки, статистично значущо вищий (відповідно,  $15,97 \pm 0,10$  норм.мас.% і  $31,00 \pm 0,47$  норм.мас.%), ніж в пришийковій зоні (відповідно,  $14,28 \pm 0,05$  норм.мас.% і  $24,00 \pm 0,10$  норм.мас.%) ( $p < 0,001$ ). Хлор і цинк в більшій кількості були визначені на екваторі зразків (відповідно,  $0,89 \pm 0,39$  норм.мас.% і  $0,14 \pm 0,02$  норм.мас.%), ніж в пришийковій ділянці (відповідно,  $0,30 \pm 0,01$  норм.мас.% і  $0,06 \pm 0,02$  норм.мас.%) ( $p < 0,05$ ). Аналіз зубів з III типом мікротріщин емалі виявив різницю у вмісті кальцію: його було більше в пришийковій області ( $45,72 \pm 1,93$  норм.мас.%), ніж в зоні ріжучого краю (горба) ( $24,39 \pm 0,69$  норм.мас.%) й екватора ( $28,31 \pm 0,14$  норм.мас.%) ( $p < 0,001$ ). На другому етапі був проведений порівняльний аналіз хімічного складу зразків в залежності від ділянки дослідження. Було визначено в зоні ріжучого краю (горба) статистично значущу різницю у вмісті фосфору, хлору, калію й кальцію ( $p < 0,05$ ). Концентрація фосфору, хлору й кальцію була найбільшою в зубах, що мають дефекти II типу (відповідно,  $15,97 \pm 0,10$  норм.мас.%,  $0,58 \pm 0,02$  норм.мас.% і  $31,00 \pm 0,47$  норм.мас.%) ( $p < 0,001$ ). При цьому кількість фосфору та кальцію в цій групі була статистично значущо більшою, ніж в групі зразків з III типом,  $p < 0,05$ . На екваторі була визначена різниця лише у вмісті фосфору: найбільше його було у зразках з II типом дефектів ( $15,58 \pm 0,28$  норм.мас.%), а найменше – при наявності дефектів I типу ( $13,66 \pm 0,09$  норм.мас.%),  $p=0,015$ . В пришийковій ділянці кількість в концентрації всіх хімічних елементів відрізнялася за винятком алюмінію, сірки, хлору й цинку ( $p > 0,05$ ). При цьому концентрація натрію, магнію та фосфору була вищою в емалі зразків з II типом у порівнянні зі зразками, що мають мікротріщини I і III типів ( $p < 0,001$ ). Кальцій же в більшій кількості був визначений в емалі зубів з III типом ( $45,72 \pm 1,93$  норм.мас.%), що статистично значущо відрізняло його від зразків з I і II типами ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Таким чином, в хімічному складі емалі зубів з клиноподібним дефектом не було виявлено достовірної різниці у вмісті досліджених мікро- й макроелементів в різних анатомічних областях не залежно від глибини мікротріщин ( $p > 0,05$ ). Однак, була визначена різниця в кількісному розподілі фосфору в зонах емалі в залежності від типу дефекту,  $p < 0,05$ . Його вміст був більшим в зубах з мікротріщинами II типу: в області ріжучого краю (горба) – в 1,73 і 1,12 рази; на екваторі - в 1,14 і 1,01 рази; в пришийковій ділянці - в 1,21 і 1,03 рази в порівнянні зі зразками з I і III типами, відповідно. Фосфору було менше в усіх досліджених зонах зубів з I типом,  $p < 0,05$ . Визначені особливості перспективно використовувати для розробки диференційного підходу до профілактики і лікування клиноподібних дефектів зубів.

**Summary.** The article shows the results of the chemical composition of enamel of teeth with wedge-shaped defects. The analysis was conducted based on the depth of enamel microfissures. The revealed data should be perspective used for the substantiation and development of methods for the treatment and prevention of teeth with wedge-shaped defects.

## АНАЛІЗ МЕТОДИК ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД СУЦІЛЬНО КЕРАМІЧНІ КОРОНКИ. ФІЛОСОФІЯ ССQ(C-COMFORT,C- CONTROL,Q-QUALITY)

Завадка Мар'ян Андрійович

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Неміш Тарас Юрійович  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет на  
базі Стоматологічного медичного центру Львівського національного  
медичного університету імені Данила Галицького,  
м. Львів, Ужгород

## ANALYSIS OF METHODS OF TEETH PREPARATION FOR CERAMIC CROWNS. PHILOSOPHY ССQ (C-COMFORT,C-CONTROL,Q- QUALITY)

Zavadka Maryan Andriyovych

Scientific leader: Nemish Taras Yuriyovych, Candidate of Medical  
Sciences, Professor

**Актуальність теми.** Препарування зуба під коронку є важливим етапом у виготовленні незнімних конструкцій. Якісне препарування забезпечує функціональну ефективність і довговічність стоматологічної реставрації, в тому числі і коронок .

**Мета дослідження.** Проаналізувати різні методики препарування зуба за такими критеріями : Час,точність редукції (малоінвазивність , технічно необхідний об'єм), кількість етапів та мінімальна травматизація тканин пародонту. Створити інструменти та новий протокол препарування з чіткими розуміннями етапів праці. Запропонувати критерії якості праці лікаря ортопеда під час препарування зубів .

**Матеріали та методи дослідження.** Для аналізу було взято найбільш популярні системи препарування: 1. Михайлюка 2. Маккорса 3. Массіроні 4. Препарувальний набір JOTA

**Результати дослідження та їх обговорення.** Створено порівняльні таблиці, визначено кращі і сильні сторони комплектів. Як виконати процедуру препарування максимально якісно?Для відповіді на це запитання, ми взяли для випробовування найбільш відомі препарувальні сети: Михайлюка, Массіроні , Препарувальний набір Jota (базовий ) , Маркскорс. Під час експерименту було взято 20 однакових зубів. Кожним набором та його методикою було відпрепаровано по 5 зубів під однакові цільнокерамічні коронки. Була створена порівняльна таблиця , де вносилися дані експерименту.

Сети	Час Препарування одного зуба (хв)	Редукція жувальної поверхні (мм)	Розміри сходинки (мм)	Шорохуватість поверхні (мкм)	Травмування краю ясен
Маркскорса	40	1,3±0,3	0,7-0,8	8-25 (Твердосплав)	+++/**
Михайлюка	30	1,5±0,6	0,7-0,8	10 (гумка)	**/**
Массіроні	25	1,6±0,3	0,7-0,8-0,9	45 (алмаз) Закруглений циліндр	**
Jota	18-22	1,9±0,5	0,8	10 (гумка)	**

**Висновки.** Мета нашого дослідження вдосконалити і систематизувати кожен етап, вивірити витрати часу і зусиль, задля виходу на новий, якісно вищий рівень праці. Створити нові інструменти і методику.

**Summary.** New philosophy – CCQ. Summarizing the basic principles and philosophy of the new analysis, we want to offer you a system CCQ (C-comfort, C-control, Q-quality) by Dr. A. Zavadka. The new system improved and systematized each stage, raised the productivity in terms of time and effort needed to reach a new, higher level of work.

## АНАЛІЗ ШЛЯХІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕЕФЕКТИВНОГО МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ - СТОМАТОЛОГА

Йовбак С. В.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Брехлічук П. П.

Кафедра хірургічної стоматології, ЩЛХ та онкостоматології,  
стоматологічний факультет, Ужгородський національний університет,  
м.Ужгород, Україна

## ANALYSIS OF METHODS OF PREVENTING THE INEFFECTIVE LOCAL ANESTHESIA

S.V. Jovbak,

Scientific leader: P.P. Brekhlichuk, Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Professor

Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Oncological  
Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National University,  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Місцеве знеболення у роботі лікаря - стоматолога є фундаментальною маніпуляцією, без якої, практично, неможливо обійтись у щоденній практиці. Неефективність, або відсутність блокади цільової зони ін'єкції, являється одним з найпоширеніших ускладнень від місцевої анестезії, у практиці як лікарів - початківців, так і спеціалістів з великим досвідом роботи .

**Мета дослідження.** Метою дослідження є аналіз факторів, які впливають на неефективність місцевого знеболення в практиці лікаря - стоматолога. Підбір правильних анестетиків. Визначити вплив анестетиків на людей з психоемоційними розладами. Усунути причини неефективності знеболення, досягти високо-результативної блокади цільової зони.

**Матеріали і методи дослідження.** Було обстежено пацієнтів різної вікової категорії та різної статі. Особи з лабільною нервовою системою. Пацієнтам проводились аплікаційні, інфільтраційні та провідникові анестезії. Анестезії проводились такими препаратами, як новокаїн, ультракаїн, убістезин, мепівакаїн, лідокаїн, анестезин, дикаїн, бупівакаїн, артикаїн.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами дослідження визначено такі критерії ефективності знеболення: 1)глибина знеболення; 2)час настання анестезії; 3)тривалість знеболення; 4)зона анестезії (обсяг ділянки яка знеболюється).

**Висновки.** Було встановлено фактори що зумовлюють неефективність місцевої анестезії: 1)стать; 2)вік; 3)біоритм; 3)ступінь психологічно та медикаментозної профілактичної підготовки, зокрема в осіб з лабільною нервовою системою. Неправильний підбір анестетика, негрунтовно зібраний перед втручанням анамнез, показники РН навколишніх тканин, помилкове впорскування знеболюючого засобу в судини, часте вживання пацієнтом ліків (деяких стимуляторів ЦНС), або напоїв з високим вмістом кофеїну, паління сигарет у день знеболення, застосування знеболення в осіб обтяженим аналізом (алкоголізм).

**Summary.** The work presents the analysis of factors influencing the inefficiency of local anesthesia, the choice of correct anesthetics, and ways of removing the reasons for the inefficient anesthesia.

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПАТОЛОГІЇ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Колосова К. Ю.

Павленко О. В., д. мед. наук, професор

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,  
м. Київ, Україна

## EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF THE PATHOLOGY OF PERIODONTAL TISSUE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

K.Yu. Kolosova

O.V. Pavlenko, Head of the Department of Dentistry, Doctor of Medical  
Sciences, Professor

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,  
Kyiv, Ukraine

**Актуальність теми.** Сучасна медицина розглядає захворювання тканин пародонту у контексті з загально соматичною патологією. Цукровий діабет (ЦД) – найбільш розповсюджена хвороба у світі. Від цієї недуги страждає 4-6% всього населення земної кулі. Не менш тривожна ситуація в Україні – жертв «цукрової хвороби» щороку більшає, переважно за рахунок поширення ЦД 2 типу. Поширеність ЦД в Україні становить 2,8% від загальної кількості населення, але ця цифра може збільшитись вдвічі за рахунок пізнього виявлення діабету 2 типу. Поширеність ЦД 2 типу складає 90-95% від загальної кількості хворих ЦД в цілому. Загроза діабету не тільки в його поширеності, а й у тому, що він призводить до розвитку багатьох тяжких ускладнень. Серцево-судинні захворювання, порушення мозкового кровообігу, ураження нирок, ретинопатії та інші призводять до втрати працездатності, ранньої інвалідизації, високої летальності. Своєчасна діагностика і адекватне лікування ЦД має бути направлено на зниження ризику розвитку цих ускладнень. Вищезазначене підкреслює важливість цієї проблеми.

**Мета дослідження.** Ціллю нашого дослідження було вивчення структури і розповсюдженості патології тканин пародонту у хворих на ЦД 2 типу, а також гігієнічного стану порожнини рота у цього контингенту хворих, оскільки в сучасній літературі ці дані відсутні.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено обстеження 325 хворих ЦД 2 типу у віці 25-65 років, з них чоловіків – 122 (37,5%), жінок – 203 (62,5%). Пацієнти знаходились на лікуванні в відділенні діабетології Інституту ендокринології і обміну речовин імені В. П. Комісаренка. Клінічне стоматологічне обстеження було традиційним – вивчали анамнестичні дані, скарги, проводили об'єктивне клінічне обстеження відповідно прийнятим стандартам. За допомогою індексів РМА, ПІ оцінювали наявність, інтенсивність, розповсюдженість запального

процесу в тканинах пародонту, тяжкість захворювання. Стан гігієни порожнини рота оцінювали за індексом Грін-Вермільона.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В результаті аналізу проведених досліджень встановлено, що серед захворювань тканин пародонту у хворих інсулінонезалежним цукровим діабетом превалює хронічний генералізований пародонтит – 50,8% випадків, пародонтоз зустрічається у 8,7%, хронічний катаральний гінгівіт у 17%, інтактний пародонт – у 23,5% обстежених. Генералізованим пародонтитом частіше хворіють жінки (62,4%), ніж чоловіки (37,6%). У віковому аспекті генералізований пародонтит зустрічався у хворих усіх вікових категорій. Але нашими дослідженнями доведено, що захворюваність генералізованим пародонтитом у віці 46-65 років вища (71%), ніж у 25-45-літньому віці (29%). В процесі обстеження виникла необхідність визначити тяжкість ураження тканин пародонту у хворих на генералізований пародонтит, асоційований з ЦД 2 типу. Максимальний відсоток (64,8%) хворих з поєднаною патологією при визначенні комплексно-пародонтального індексу припадав на середню ступінь тяжкості деструктивно-запального процесу ( $2,6 \pm 0,3$  бала). Така ж динаміка мала місце при визначенні папілярно-маргінально-альвеолярного індексу ( $41,2 \pm 2,5\%$ ),  $p < 0,05$ . Середня ступень тяжкості процесу в пародонті при поєднаній патології превалює в віковій категорії 46-65 років. Рівень гігієни порожнини рота у хворих генералізованим пародонтитом, асоційованим з ЦД 2 типу у 72 % хворих відповідав значенню «незадовільний» ( $2,2 \pm 0,1$  бали) в порівнянні з контролем ( $1,3 \pm 0,11$  бали),  $p < 0,05$ .

**Висновки.** В результаті виконаних досліджень було встановлено, що у хворих на цукровий діабет 2 типу в структурі захворювань тканин пародонту найбільш поширеним є генералізований пародонтит (50,8%) середнього ступеню тяжкості. Поєднання ЦД 2 типу з генералізованим пародонтитом погіршує клініку останнього, що підтверджується погіршенням показників гігієнічного індексу і пародонтальних проб.

**Summary.** The research has found that the generalized periodontitis (50.8%) of moderate severity is the most common in patients with type 2 diabetes mellitus in the structure of periodontal tissue diseases. The combination of type 2 diabetes with generalized periodontitis makes the clinic of periodontitis worse, which is confirmed by deterioration in hygiene and periodontal index tests.

# ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ ЗНІМНИМИ МОСТОПОДІБНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Комлев А.А., Юрін С.Є.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Ярова С.П.  
Кафедра стоматології №2 ФІПО, Донецький національний медичний  
університет ім. М. Горького, м. Красний лиман, Україна

## IMPROVING EFFICIENCY OF REMOVABLE PROSTHESIS PROSTHETIC APPLIANCES

A.A. Komlev, S.E. Yurin

Scientific leader: S.P. Yarova, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Dentistry No. 2, Faculty of Internship and Postgraduate  
Education, Gorky Donetsk National Medical University,  
Krasny Lyma, Ukraine

**Актуальність теми.** Практика протезування мостоподібними незнімними протезами виявила крім позитивних їх властивостей такі негативні, як, насамперед, препарування опорних зубів. Пародоксальний факт, що для відновлення втрачених зубів в жертву приносять здорові опорні зуби. В клініці ортопедичної стоматології широко застосовують незнімні мостоподібні протези, які передають усе жувальне навантаження через пародонт опорних зубів і потребують значної обробки їх. Особливо це стосується естетично виконаних незнімних мостоподібних протезів. виконуючи які, лікарі нерідко депульповують здорові опорні зуби з усіма негативними наслідками. На наш погляд деяких негативних властивостей вдається уникнути, або значно зменшити завдяки використанню знімних мостоподібних протезів. Виконуючи свою функцію, такі протези жувально тиснуть на опірні зуби і слизову оболонку протезного ложа.

**Мета дослідження.** Визначити площу базису знімних мостоподібних протезів при різних дефектах зубного ряду для обґрунтування перерозподілу функціональних навантажень між опірними елементами конструкції.

**Матеріали та методи дослідження.** Визначення максимально можливої площі базису знімного мостоподібного протеза проводилося за такою методикою. На гіпсових моделях щелеп 98 пацієнтів віком від 18 до 70 років, окреслювалися хімічним олівцем межі базисів на рівні пасивно-рухомої слизової в області дефектів зубних рядів. Потім на модель в області дефекту накладалася тонка пластинка воску і зрізалася по окресленій межі. Після зняття з моделі, пластинка воску розстигалася

на плоскій поверхні. Площа визначалася за допомогою приладу – планіметра. Визначалось середнє значення максимальної площі базису знімного мостоподібного протеза при кожному з дефектів зубного ряду.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У результаті досліджень виявлено, що максимально можлива площа базису знімного мостоподібного протеза при відсутності зубів:

1-го -  $2,2 \text{ см}^2$ , що дозволяє витримувати навантаження до 15,4 кг;

3-го -  $2,4 \text{ см}^2$  до 16,8 кг;

4-го -  $2,7 \text{ см}^2$  до 18,9 кг;

4) 5-го -  $2,85 \text{ см}^2$  до 19,95 кг;

5) 6-го -  $3,2 \text{ см}^2$  до 22,4 кг;

6) 7-го  $3,05 \text{ см}^2$  до 21,35 кг;

7) 8-го и 2-го зубів -  $3,1 \text{ см}^2$  до 21,7 кг;

8) 4-го и 5-го -  $3,35 \text{ см}^2$  до 23,45 кг;

9) 6-го и 5-го -  $4,9 \text{ см}^2$  до 34,3 кг;

10) 6-го и 7-го -  $5,3 \text{ см}^2$  до 37,1 кг;

11) 1,1 и 6-го -  $4,25 \text{ см}^2$  до 32,1 кг.

**Висновки.** Результати дослідження показали, що шляхом передавання частини жувального тиску через базис протеза на слизову протезного ложа з'являється можливість значно розвантажити опорні зуби. Цей принцип розподілу жувального навантаження є особливо раціональним при наявності захворювань пародонту і дефектах зубного ряду протяжністю 2 і більше зубів. Знімні мостоподібні протези здатні знизити функціональне навантаження на опорні зуби від 11,3% до 22,5% в залежності від протяжності та топографії зубного ряду, що дозволяє поширити показання до їх застосування.

**Summary.** The study discusses the ways of improving prosthesis removable prosthetic appliances, evaluate the advantages and disadvantages of removable and non-removable designs. Removable prosthetic appliances can reduce the burden put on the basic functional teeth from 11.3% to 22.5% depending on the extent and topography of denture, allowing to extend the indications for their use.

МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ РЕАКЦІЙ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НА  
ПРОМЕНЕВУ ТЕРАПІЮ У ХВОРИХ ПІСЛЯ СПЕЦИФІЧНОГО  
ЛІКУВАННЯ НОВОУТВОРІВ В ДІЛЯНЦІ ГОЛОВИ І ШИЇ

Кравченко Л.С., Романов Г.О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Романова Ю.Г.

Одеський національний медичний університет, кафедра терапевтичної  
стоматології, м. Одеса, Україна

LOCAL TREATMENT OF REACTION OF MUCOSA TO  
RADIOTHERAPY IN PATIENTS AFTER SPECIFIC TREATMENT OF  
TUMORS IN THE HEAD AND NECK

L.S. Kravchenko, H.O. Romanov

Scientific leader: Yu.H. Romanova, Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Odessa National Medical University, Department of Therapeutic Dentistry,  
Odessa, Ukraine

**Актуальність теми.** Незважаючи на досконалість сучасної радіологічної апаратури, при проведенні променевого лікування виникають ураження навколишніх здорових тканин. Характерною рисою перебігу променевих уражень слизової оболонки порожнини рота (СОПР) є тривалий плин, приєднання інфекційних ускладнень, порушення трофічних та обмінних процесів.

**Мета дослідження.** Проведення місцевого лікування реакцій слизової оболонки на променеву терапію у хворих після специфічного лікування новоутворень в ділянці голови і шиї.

**Матеріали та методи дослідження.** Клінічні дослідження проведені у 42 пацієнтів (18 жінок і 24 чоловіків), які страждали на ураження СОПР після променевого лікування новоутворень в області голови і шиї. Всі пацієнти розподілені на 2 групи: контрольну і основну. В контрольній групі (20 осіб) проводилися загальноприйняті лікувальні заходи: професіональна гігієна порожнини рота, санація, видалення зруйнованих зубів і їх коренів, навчання і рекомендація використання для індивідуальної гігієни зубних щіток із м'якої щетини, часті полоскання рота антисептичними розчинами або відварами трав (з ромашки, шавлію), обробка уражених ділянок оливковою олією. Перед прийманням їжі хворим пропонували знеболюючі препарати (лідоканін 5% гель), при сухості в роті – часті полоскання кип'яченою водою і застосування замінника слини (Oral Balance). Хворим основної групи (22 осіб) крім загальноприйнятої терапії призначали місцево на уражені ділянки СОПР аплікації з гелем «Апіор» на основі біологічно активних речовин, який володіє протизапальною, антиоксидантною діями та прискорює процеси

регенерації тканин. Гелем «Апіор» пацієнти обробляли СОПР 3 рази на день впродовж 2-х тижнів самостійно. Хворих спостерігали впродовж 1-2 років, дослідження проводили до лікування, через 2 тижня, через місяць, через 3,6,12, 15 місяців після лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У порівнянні з пацієнтами, яким проводилася протизапальна терапія традиційними методами, у хворих при застосуванні апігелю відзначено швидке зниження частоти виявлення набряку, ерозій СОПР, менше визначалося кровоточивість ясен, явищ вогнищового та зливного епітелітів, виразково-некротичних процесів. Спостерігалось зниження ступеню виразності ксеростомії, що сприяло покращенню гігієнічного стану порожнини рота, запобіганню вторинної мікробної колонізації уражених слизових поверхонь. Застосування гелю «Апіор» скорочувало строки відновлення структурно-функціональної цілісності СОПР, що підвищувало якість життя хворих, сприяло їх реабілітації.

**Висновки.** Проведення місцевого лікування реакцій слизової оболонки на променеви терапію у хворих після специфічного лікування новоутворень в ділянці голови і шиї сприяло покращенню гігієнічного стану порожнини рота, зниженню ксеростомії та відновлення структурно-функціональної цілісності СОПР.

**Summary.** The surrounding healthy tissue is destructed during radiotherapy. The generally accepted therapeutic measures were taken in the control group (20 persons). The patients of the main group (22 persons) were treated with *Apior* gel. The patients of the main group after treatment improved the hygienic condition of the mouth, xerostomia reduction and restoration of the structural and functional integrity of the oral mucosa.

ОСОБЛИВОСТІ БІОМЕХАНІЧНОГО ВЗАЄМОДІЇ  
ПАРОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ ТА ОПОРНИХ ЗУБІВ ПРИ  
ПРОТЕЗУВАННІ ЧАСТКОВИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Малюченко Олександр Миколайович

Науковий керівник: д. мед. н., доцент, Гасюк Петро Анатолійович  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,

PECULIARITIES OF BIOMECHANICAL INTERACTION OF  
PARODONTAL COMPLEX AND ABUTMENT TEETH IN CASE OF  
PARTIALLY REMOVABLE DENTURES

Maliuchenko Oleksandr Mykolaiovych

Scientific leader: P.A. Gasiuk, Doctor of Medical Sciences, Assistant Professor  
Department of Orthopedic Dentistry, Faculty of Dentistry, Horbachevsky  
Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

**Актуальність теми.** Незважаючи на інтенсивний розвиток імплантології, матеріалознавства та інших розділів стоматології, беззаперечними залишаються функціональне, лікувальне і профілактичне значення знімних зубних протезів. Знімні протези дозволяють відновити жувальну і мовоутворюючу функції, а також естетику. Незважаючи на це, при неправильному виборі кламерної системи протез може надати патологічний вплив на опорні зуби і навколишню кісткову тканину пародонту. У науковій літературі є дані про реакцію тканин пародонта на фіксацію часткових знімних протезів. Погіршення стану тканин пародонта характеризувалося запаленням, збільшенням глибини пародонтальних кишень, підвищенням рухливості і втратою кісткової тканини в області стінок альвеоли. У деяких ранніх дослідженнях повідомлялося про великі ушкодження пародонта, часто це відбувалося через короткий час після фіксації протезів. Однак дослідження інших авторів констатували помірні зміни або практично не завдає шкоди тканинам пародонту дію протезів. В доступній нам літературі ми не зустріли даних про дослідження напружено-деформованих станів, що виникають у кістковій тканині щелеп під дією різних видів кламерних систем знімних протезів при частковій вторинній адентії. Незважаючи на широке застосування методу математичного моделювання щелеп, зубів, різних конструкцій зубних протезів та їх взаємодії, відсутні дані про розробку моделі знімних протезів з кламерами при частковій адентії та їхньому впливі на кісткову тканину щелеп.

Для поліпшення якості та функціональності пластинкових знімних протезів необхідно оптимізувати форму, кількість, стан і види кламерів в залежності від дефектів зубних рядів і стану тканин пародонта і протезного ложа. Саме тому ми вважаємо, що подальші дослідження в цій галузі спрямовані на застосування математичних прийомів і закономірностей, які використовуються при вивченні біологічних

процесів. Вони спираються на фундаментальні закони в області механіки твердого деформованого тіла і математичного моделювання фізико-математичних систем.

**Мета дослідження.** Вивчення впливу знімних протезів з різними видами кламерів на кісткову тканину альвеоли.

**Матеріали та методи дослідження.** Побудова тривимірних моделей біомеханічного взаємодії пародонтального комплексу і опорних зубів, а також побудова математичної моделі кламер –зуб – кісткова тканина.

**Результати дослідження та їх обговорення** Отримані дані про напружено-деформований стан в кістковій тканині щелеп в експерименті дозволили дати клінічні рекомендації про розташування кламерів на опорних зубах залежно від класу дефекту зубних рядів по Кеннеді, стану тканин пародонта і протезного ложа.

**Висновки.** Планування та вибір методу лікування повинні проводитись з урахуванням усіх використаних нами у досліді результатів додаткових досліджень без виключень.

**Summary.** To improve the quality and functionality of plate dentures, it is necessary to optimize their shape, quantity, status and types of clasps according to the dentition defects and periodontal status and prosthetic bed. We have constructed a three-dimensional biomechanical model of interaction and complex periodontal supporting teeth for exploring the effect of different types of clasps on alveolar process. The data makes it possible to provide a clinical advice on the location of the clasps on supporting teeth, periodontal status and prosthetic bed.

## КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ РЕТЕНОВАНИХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ

Мар'ян В. Ю.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Брехлічук П. П  
Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології, стоматологічний факультет, Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

# THE CLINICAL ASPECTS OF IMPACTED THIRD MOLARS EXTRACTION

V. Yu. Maryan

Scientific leader: P.P. Brekhlichuk, Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Professor

Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Oncological  
Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National University,  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** На сьогоднішній день ретенція третіх молярів є однією з найбільш поширених патологій, яка щоденно зустрічається в практиці стоматолога – хірурга. У більшості клінічних випадків, ретенція та дистопія третіх молярів супроводжується болем різного характеру, що значно погіршує загальне самопочуття пацієнтів, а також обмежує повноцінне харчування. У свою чергу, потреба у наданні хірургічної допомоги пацієнтам, в яких діагностовано дану патологію є необхідною. Початок розвитку патологічного процесу зазвичай поєднаний з одночасною затримкою прорізування зубів. Серед основних етіологічних факторів ретенції можна виділити: 1)обмінні фактори та інфекція; 2)філогенетичні фактори; 3)місцеві фактори (Бернадський Ю. І.).

**Мета дослідження.** Мінімізація інтраопераційних ускладнень, пошук шляхів купіювання запальних процесів, оптимізація хірургічного втручання, удосконалення існуючих методик проведення операцій атипового видалення, досягнення мінімальної травматизації тканин під час проведення операції.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено та проведено операції атипового видалення 52 особам різної вікової категорії. Використовувались наступні методи досліджень: аналітичні – для визначення завдань і шляхів вирішення проблеми; стоматологічні загально – клінічні: для вивчення стану зубів та зубних рядів у пацієнтів; стоматологічні спеціальні: ортопантомографія – для вивчення ступення ретенції та положення третіх молярів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Для кращого репрезентативного висвітлення, результати дослідження згруповано наступним чином: 1)на етапі синдесмотомії при видаленні напівретенуваних зубів, з метою зменшення травмування альвеоли, випробували використання синдесмотома із зігнутих по ребру лезом (Chompret, Medesy, Італія); 2)при ретенції 1 – 3 ступеня, для створення доступу до зуба розріз слизової оболонки здійснювали за допомогою

приладу “Minitom – 2 ” (Castellini, Італія) в режимі “cut”, що дало змогу знизити кровоточивість, порівняно з проведенням класичного розрізу скальпелем; 3) висікання зовнішньої стінки альвеолярного відростка в проекції коронкової частини ретенуваного зуба за допомогою “Minitom – 2 ” (Castellini, Італія) в режимі “blend”; 4) фрагментне роз’єднання коронкової частини ретенуваних зубів, часткове або повне від’єднання від кореня проводили за допомогою твердосплавних борів та наконечника з понижаючим ступенем обертів під’єданого до фізіодиспенсера; 5) тракцію здійснювали за допомогою прямих та кутових елеваторів; 6) ушивання рани проводили атрауматичним шовним матеріалом “Vicryl” розміром 6/0 (Johnson & Johnson, Бельгія).

**Висновки.** В результаті проведених досліджень, визначено способи зменшення травматизації тканин під час проведення операції видалення ретенуваних та напівретенуваних третіх молярів. Дана методика проведення операції, показала позитивні результати як під час так і після хірургічного втручання. Проведення операції стало менш травматичним, використання сучасних методик дозволило скоротити час проведення хірургічного втручання, знизити післяопераційні ускладнення та сприяти швидшому загоєнню рани.

**Summary.** Special attention has been paid to reduction of injuries during realization of operation. Researches showed positive postoperative results.

## АНАЛІЗ АДЕКВАТНОСТІ ПРЕМЕДИКАЦІЇ У ДІТЕЙ ВІД 3 ДО 10 РОКІВ ЗА ПОКАЗНИКАМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

Махньова А. В.

Науковий керівник: д. мед. н., професор Ярова С. П.  
кафедра стоматології № 2, Донецький національний медичний  
університету ім. М. Горького, Україна

## ANALYSIS OF PREMEDICATION EXPERIENCE IN 3-5-YEARS CHILDREN BY BLOOD PRESSURE RATE

A. V. Mahnyova

Scientific leader: S.P. Yarova, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Dentistry No. 2 of the Gorky Donetsk National Medical  
University, Ukraine

**Актуальність теми.** Безболісне лікування зубів у маленьких пацієнтів залишається невирішеним завданням для дитячих стоматологів і сьогодні. У дітей відвідування стоматолога асоціюються з відчуттям страху, тривоги, болю.

**Мета дослідження.** Продовження вивчення адекватної премедикації у дітей за показниками систолічного артеріального тиску та тиску діастолі.

**Матеріали і методи дослідження.** Для виявлення ефективності і стерпності пропонованих препаратів обстежено 75 пацієнтів у віці від 3 до 10 років.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Найбільш адекватна премедикація спостерігалася в четвертій групі дітей, де вже через 20 хвилин після прийому препаратів спостерігалися усунення страху, тривоги, напруги, неспокою і дитина ставала доступною для початку лікування. Після премедикації достовірно ефективно зниження систолічного артеріального тиску склало  $10,7 \pm 7,97\%$  ( $p = 0,026$ ). Показники систолічного артеріального тиску та тиску діастолі інформативно демонструють адекватність премедикації, що проводиться, і анестезії у різних груп дітей. Зниження вегетативного компоненту було найбільш виражено в групах чотири і два. Найменш виражено в групах три і п'ять.

**Висновки.** Ступінь вираженості больового синдрому залежить від типу психоемоційної напруженості. Чим вище індекс тривожності у пацієнта, тим нижче поріг його больової чутливості, що наочно було продемонстроване в третій групі дітей. Застосування методів психологічної і фармакологічної корекції поведінки дітей під час лікування зубів, рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України, дозволяє зробити процес лікування зубів менш трудомістким для лікаря і більш шадним для дітей, таким, що випробовує страх перед стоматологічними маніпуляціями, у більшості з них виключити необхідність застосування наркозу.

**Summary.** Applying the methods of psychological and medicinal preparation of children before implementation of dental interventions makes children less exposed to psychological pressure. It determines the sparing mode of manipulations in children with insuperable fear of dental manipulations.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ЕТАПИ ВИГОТОВЛЕННЯ ОРТОПЕДИЧНИХ  
СИГНАЛЬНИХ КОНСТРУКЦІЙ ДЛЯ ОСІБ, ЧИЯ ДІЯЛЬНІСТЬ  
ПОВ'ЯЗАНА З РИЗИКОМ ДЛЯ ЖИТТЯ

Нагірний Д.А., Костенко О.Є.

Науковий керівник – д.мед.н., професор Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, науково-дослідний центр судової  
стоматології, стоматологічний факультет, Ужгородський національний  
університет, м. Ужгород, Україна

CLINICAL AND LABORATORY STAGE OF MANUFACTURING  
ORTHOPEDIC SIGNAL STRUCTURES FOR PERSONS WHOSE  
ACTIVITIES ARE CONNECTED WITH RISK TO LIFE

Dmytro Nahirnyi, Oleksandr Kostenko

Scientific leader: Ye. Ya Kostenko, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Prosthetic Dentistry, Scientific and Research Centre of Forensic  
Odontology, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National University, Uzhhorod,  
Ukraine

**Актуальність теми.** Незважаючи на відносно стабільну геополітичну ситуацію у світі, не виключається можливість виникнення військовий конфліктів, терористичних актів, природних катаклізмів що супроводжується масовими втратами людських життів. Судова стоматологія є вичерпним джерелом для проведення різноманітних судово-медичних експертиз з метою ідентифікації особи. Беручи до уваги світову та європейську практику, в Україні спеціальності «Судова стоматологія» немає, і професія «Судовий одонтолог»(1972р.) не впроваджується незважаючи на те, що за роки Незалежності стоматологічна галузь розвинулась як технічно так і науково. На сьогоднішній день є актуальним та важливим науковим завданням розробити та виготовити ортопедичні конструкції, які б могли слугувати в якості депо для сигнальних пристроїв, що можуть реєструвати та передавати інформацію про місце знаходження об'єктів та при потребі ідентифікувати тіла загиблих.

**Мета дослідження.** Розробка комбінованих незнімних ортопедичних конструкцій з інтегрованими сигнальними пристроями для осіб, чия діяльність пов'язана з ризиком для життя. Дослідити область можливого застосування даної конструкції.

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження було виконане у клініці ортопедичної стоматології на базі Університетської стоматологічної поліклініки, Ужгород. У якості відбиткового матеріалу

при виготовленні безпосереднього протезу за методикою Голубнічого О.П. застосовували альгінатний відбитковий матеріал (ВМ) «Уреен» («SpofaDental», Чехія), за удосконаленою – С-силіконовий ВМ «Zetaplus – putty» («Zhermack», Італія). Для відливки моделей використовувався гіпс марки «GC-FujirockEP» («GC», Японія), ізоляційний лак –«Ізокол-69» та базисний віск-02 (АТ «Стома», Україна).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Було виготовлено конструкцію із сигнальною ортопедичною системою. Проаналізовано професійні сфери, у яких могли би використовуватися дані конструкції, а саме:

- Туристична сфера: за допомогою визначення геопозиції знайти шлях до зниклого туриста, спелеолога, дайвера, гірськолижника тощо.
- Сфера правопорядку: ідентифікація, постійне визначення місцезнаходження людей з небезпечними професіями, дітей, визначення геопозиції особового складу у разі небезпеки, зникнення.
- Військова сфера: визначення положення бійця та за необхідності його евакуація або екстрена допомога;
- Також дана конструкція має місце у роботі геодезистів, геологів, археологів, моряків.

**Висновки.** Розробивши незнімну комбіновану ортопедичну конструкцію з інтегрованою в неї сигнальною системою, було визначено що розробка даної моделі є актуальним та рекомендованим для осіб, професійні сфери яких були проаналізовані, а саме ті що відносяться до групи ризику.

**Summary.** Having developed the combined non-removable prosthetics with the integrated alarm system in it, it was determined that the development of this model is important and recommended for the analyzed professional areas, namely those belonging to the risk groups.

ПРИСТРІЙ ДЛЯ МАКРОФОТОГРАФУВАННЯ ЗУБІВ,  
ПРЕПАРОВАНИХ ПІД ПОВНУ КОРОНКУ

Пашек-Садоха Р.А.

Науковий керівник: асистент Підлісний Р.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,  
м. Львів, Україна

DEVICE FOR MICRAPHOTOGRAPHY OF TEETH PREPARED FOR A  
FULL CROWN

R.A. Pashek-Sadokha

Scientific leader: R.V. Pidlisnyi, Assistant

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Danylo Halytsky  
Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** При навчанні студентів препаруванню зубів під повну коронку з адекватною конусністю кукси швидким і доступним методом вимірювання кута збіжності аксіальних стінок є використання програмного забезпечення Android-смартфона (Protractor (Android Pandaz)) для аналізу цифрових зображень, отриманих макрофотографуванням препаративних зубів цим смартфоном. При наявності фантомних щелеп зі змінними зубами після препарування таких зубів під повну коронку для визначення конусності (особливо вестибуло-оральної) їх можна вийняти з лунки і сфотографувати у потрібному ракурсі. На цьому етапі важливо розташувати смартфон по відношенню до кукси зуба таким чином, щоб оптична вісь об'єктива фотовідеокамери смартфона була перпендикулярна до площини, що проходить через вісь коронкової частини зуба. Такого правильного положення смартфона не завжди вдається досягти, тримаючи його руками і намагаючись візуально проконтролювати паралельність вищенаведеної уявної площини до площини екрану смартфона, оскільки при цьому потрібно ще і вказати на сенсорному екрані ділянку фокусування та/чи змінити відстань між смартфоном та фотографованим об'єктом або скоригувати фокусну відстань об'єктива аж до моменту підтвердження наведення на різкість. Інколи при такому макрофотографуванні можливе отримання нечіткого зображення, зумовленого зміщенням утримуваного руками смартфона з вимкнутим підсвічуванням власного світлодіода при відносно тривалій витримці камери.

**Мета дослідження.** Вдосконаленні методики макрофотографування препаративних під повну коронку зубів смартфоном

для подальшого вимірювання конусності їх кукси за допомогою програмного забезпечення при навчанні студентів у фантомному класі.

**Матеріали та методи дослідження:** Нами створено пристрій, який надає можливість правильно розташувати препарований під повну коронку фантомний зуб при його фотографуванні смартфоном з можливістю плавної зміни відстані між ними.

**Результати дослідження та їх обговорення:** Основою даного пристрою є світловий мікроскоп МБС-2 з від'єднаною від механізму вертикального переміщення оптичною головкою. Замість оптичної головки до цього механізму приєднана Г-подібна металева пластина, горизонтальна частина якої призначена для розташування на ній смартфона і є паралельною до площини предметного столика, на якій розташовують препарований зуб, прикріплюючи його за кореневу частину пластиліном до пластини столика та коригуючи нахил. У горизонтальній частині металевої Г-подібної пластини навпроти центру круглої пластини столика створено отвір діаметром 2 см, над яким розташовують об'єктив камери смартфона. Зміну відстані між смартфоном та фотографованим зубом здійснюють за допомогою механізму вертикального переміщення оптичної головки мікроскопа. Тестування даного пристрою проведене зі смартфоном Samsung Galaxy Note II, яким фотографували препаровані під повну коронку фантомні різці та моляри. Усі отримані фотографії були чіткими і оптимально придатними для вимірювання кута збіжності аксіальних стінок (медіо-дистальних та вестибуло-оральних) програмним забезпеченням Protractor (Android Pandaz).

**Висновки.** За допомогою створеного нами пристрою можливе оптимальне розташування препарованого фантомного зуба та отримання його якісних макрофотографій з використанням смартфона.

**Summary.** Digital microphotography with the help of a smartphone can be a quick and easy way for the software measurement of convergence angle of prepared manikin teeth by undergraduate students, however, the adequate positioning of tooth and lens axis can be problematic. The authors created a device for optimal microphotography based on an optical microscope with detached optical head. The tests confirmed an easy workflow and good quality of obtained images.

УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ КОРЕНЕВОЇ ЧАСТИНИ ДЕНТИНУ ПРИ  
ПІДГОТОВКИ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ ПІД ШТИФТОВІ  
КОНСТРУКЦІЇ

Радько Валерій Іванович к.мед.н., доцент кафедри ортопедичної  
стоматології.

Пальчиков Анатолій Володимирович к.мед.н., асистент кафедри  
ортопедичної стоматології.

Чорненький Ігор Михайлович асистент кафедри ортопедичної  
стоматології.

Науковий керівник: Біда Віталій Іванович д.мед.н., професор, завідувач  
кафедри ортопедичної стоматології.

Кафедра ортопедичної стоматології, Інститут стоматології  
НМАПО імені П. Л. ШУПИКА  
м. Київ, Україна

ULTRASTRUCTURAL CHANGES OF THE ROOT OF THE DENTIN  
WHEN PREPARING ROOT CANAL DENTAL POST

V.I. Radko, Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor of the  
Department of Prosthodontics

A.V. Palchykov, Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department  
of Prosthodontics

I.M. Chornenkyi, Assistant of the Department of Prosthodontics

Scientific leader: V.I. Bida, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the  
Department of Prosthodontics

Department of Prosthetic Dentistry, Institute of Dentistry  
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education  
Kyiv, Ukraine

**Актуальність теми.** Згідно даних вітчизняних та зарубіжних авторів інструментальна обробка кореневого каналу при ендодонтичному лікуванні направлена на видалення із центрального каналу пульпи, некротичного розпаду, мікрофлори, залишків пломбувального матеріалу при повторному ендодонтичному лікуванні та надання йому характерної конічно – циліндричної форми для наступної якісної медикаментозної обробки дентинних каналців від мікрофлори, завдяки чому забезпечуються належні умови повноцінної обтурації магістрального каналу і додаткових відгалужень. Також у зарубіжній літературі досить детально описано методи обробки кореневого каналу механічним способом під штифтові конструкції з використанням відповідного інструменту. При цьому особлива увага приділяється врахуванню

співвідношення частоти обертів ріжучого інструменту в залежності від глибини обробки кореневого каналу. Для зменшення терміну обробки кореневого каналу ручним і механічним способом досить часто стали застосовувати методи обробки кореневого каналу з використання ультразвукових апаратів. Однак, нами не знайдено повної інформації стосовно змін в додаткових відгалуженнях, які можуть відбуватися в товщі самої стінки кореневого каналу і певних зон дентинних каналців кореневого каналу.

**Мета дослідження.** Метою нашого дослідження стало вивчення ультраструктурних змін кореневої частини дентину при механічній та ультразвуковій обробці.

**Матеріали та методи дослідження.** Експеримент був проведений на підготовлених зразках коренів молярів верхніх та нижніх зубів на базі кафедри ортопедичної стоматології інституту стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика, лабораторне дослідження растровою електронною мікроскопією (РЕМ) - в Інституті металофізики імені Г. В. Курдюмова НАН України. Всього досліджено 80 зразків шліфів зубів. В якості морфологічних показників ступеня деструктивних процесів нами відзначалися збережені дентинні каналці, візуалізовані в зонах плащового, регулярного і навколопульпарного дентину. На збільшених електронограмах (x3000) дентинних каналців визначали їх кількість, наявність змазанного шару, зернистоглибчатого розпаду, напливів капсули Неймана і незмінених отворів дентинних каналців.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналізуючи результати РЕМ при використанні традиційної методики підготовки дентину канала кореня, з частотою обертання ендодонтичного інструменту 2000 об/хв, встановлено, що значні деструктивні зміни відбуваються в зоні плащового дентину у вигляді розкриття дентинних каналців, які становлять до 35%. В зоні діхотомічних відростків регулярного дентину зернистоглибчатий розпад складає 15% і напливи капсули Неймана 5%. Нарешті, в зоні навколопульпарного дентину монопедичні відростки зустрічаються у вигляді напливів капсули Неймана і становлять 5%. Незмінні дентинні каналці складають 40%. Проведений аналіз ступеня деструктивних змін виявив, що в регулярному дентині зернистоглибчатий розпад становить 15%, напливи капсули Неймана 5%.

В результаті ультразвукової методики підготовки дентину канала кореня найбільші деструктивні зміни відбуваються в зоні плащового дентину у вигляді розкриття дентинних каналців які становлять до 80%. В зоні діхотомічних відростків регулярного дентину зернистоглибчатий розпад

складає 8% і напливи капсули Неймана 2%. Нарешті, в зоні навколопульпарного дентину монопедичні каналці зустрічаються в вигляді напливів капсули Неймана і становлять 6%. Незмінні каналці дентину складають лише 4%.

**Висновки.** Отже, при механічній обробці кореневого каналу з частотою обертання ендодонтичного інструменту 2000 об/хв майже по всім шарам дентину спостерігаються деструктивні зміни. Досить помітний відсоток незмінених каналців дентину залишається в навколопульпарному дентині і становить 40%. При ультразвуковій обробці кореневого каналу майже по всім шарам дентину спостерігаються деструктивні зміни і лише 4% незмінених каналців залишається в навколопульпарному дентині, а кількість розкритих дентинних каналців сягає 80 %. Таким чином, застосування ультразвукової технології обробки поверхні кореневих каналів дозволяє завдяки відкриття більшої кількості дентинних каналців оптимізувати мікромеханічну ретенцію штифтової кострукції.

**Summary.** The machining of the root canal with endodontic instrument rotation frequency 2000 rev / min almost all layers of dentin destructive changes occur. Quite noticeable percentage unchanged dentin tubules remains dentin and 40%. When performing the ultrasonic root canal treatment, almost all layers of dentin destructive changes occur and only 4% remains unchanged tubular dentin and the number of exposed dentinal tubules is 80%. Thus, using the ultrasound technology surface treatment of root canal is possible through opening more dentinal tubules optimizing the micromechanical retention to dental root post.

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗБІЖНОСТІ СЕРЕДИННИХ ЛІНІЙ ОБЛИЧЧЯ ТА  
ЗУБНОГО РЯДУ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА ФОТОГРАФІЯМИ  
МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ

Романко Анна-Марія, Дидин Лідія

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Дидик Наталія Михайлівна,

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
м.Львів, Україна

## EVALUATION OF FACIAL AND DENTAL MIDLINES DISCREPANCIES BY YOUNG PEOPLE'S PHOTOGRAPHS

Anna-Maria Romanko, Lidia Dydyn

Scientific leader: Nataliya Dydyk, Candidate of Medical Sciences, Professor  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Danylo Halytskyi  
Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Симетрія є основою гармонійного вигляду обличчя, його естетики та краси. У той же час, дані літератури вказують на те, що часто зустрічається значне розходження серединної лінії обличчя та серединної лінії зубного ряду. Це має вагомий вплив на загальне сприйняття естетики посмішки, навіть непрофесіоналом, що в свою чергу, разом з іншими чинниками, є підставою для планування стоматологічного лікування.

**Мета дослідження.** Метою даного дослідження було визначити частоту розходження серединної лінії обличчя та серединної лінії зубного ряду верхньої щелепи у молодих людей, які не проходили ортодонтичного лікування, та таких, кому раніше було проведене вищезгадане лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** До обстежуваної групи увійшло 50 студентів стоматологічного факультету віком від 17 до 24 років (33 жінки і 17 чоловіків). Об'єктом вивчення слугували фотографії зроблені у проекції в анфас і в трьох станах (у стані спокою, вимушеної усмішки і щирої усмішки). Для фотозйомки використовувався фотоапарат Canon EOS 750D і приміщення з належним освітленням. Використовуючи фотографії в всіх обстежених було графічно визначено серединні лінії обличчя і зубного ряду. Орієнтирами для серединної лінії обличчя слугували центр верхньої губи та її носогубна складка, а для серединної лінії зубного ряду – лінія між центральними різцями верхньої щелепи.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Було встановлено, що в 21 (42%) обстеженого спостерігалась збіжність серединної та міжрізцевої ліній, у той час як у 29 (58%) – досліджувані лінії не збігались.

З 19 людей, які раніше проходили ортодонтичне лікування 9 (47.4%) мали

незбіжність ліній, натомість серед 31 людини, що не проходили лікування – 20(64.5%) мало незбіжність ліній.

**Висновки.** Частота розходження серединної лінії обличчя та серединної лінії зубного ряду верхньої щелепи, у людей, які приймали участь у даному дослідженні, та не проходили ортодонтичного лікування, становить 64.5%. А у тих, кому раніше було проведене лікування – серединні лінії обличчя та зубного ряду розходяться у 47%.

**Summary.** This study is intended to evaluate the facial and dental midlines discrepancies on young people's photographs. The photos of 50 students of dentist faculty aged from 17 to 24 years old were the object of this study. We found a convergence of the facial and dental midlines in 21 (42%) examined students, whereas 29 (58%) students had a divergence of these lines. Nine out of nineteen people who previously got an orthodontic treatment (47.4%) were found to have convergence of the lines, while 20 (64.5%) out of 31 people who were not treated had a convergence of the lines. The Prevalence of deviation of facial and dental midlines in students who participated in this research and did not received orthodontic treatment constituted 64.5%. And in case of those who previously received orthodontic treatment – deviation was found in 47% of young people.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН В ПОРОЖНИНІ РОТА ПІСЛЯ ПРОТЕЗУВАННЯ ЧАСТКОВИМИ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ Ясінський М. М.

Науковий керівник: к. мед. н., Бамбуляк А. В.; д. мед. н., Ожоган З. Р.  
Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний  
медичний університет  
Івано-Франківський національний медичний університет

## STUDYING CHANGES IN THE MOUTH CAVITY AFTER PLACING REMOVABLE PARTIAL DENTURES M.M. Yasinskyi

Scientific leader: A.V. Bambuliak, Candidate of Medical Sciences;  
Z.R. Ozhohan, Doctor of Medical Sciences  
Bucovinian State Medical University  
Ivano-Frankivskyi National Medical University

**Актуальність теми.** Протягом останніх років спостерігається тенденція до зростання кількості звернень пацієнтів в клініку ортопедичної стоматології зі скаргами на включені дефекти зубних рядів, та пов'язані з цим морфологічні та функціональні прояви. Попри те, що на сьогодні є велика кількість новацій, матеріалів та методів як для запобігання так і для усунення дефектів зубних рядів, в державних структурах велику частину ортопедичних конструкцій займають саме ЧЗПП. Кожен новий елемент в зубощелепному апараті пов'язаний не тільки зі значними психоемоційними, але й рефлекторними реакціями, під час ортопедичного протезування у порожнині рота відбуваються значні зміни. Вони виникають унаслідок як безпосередньої дії конструктивних елементів протеза (кламерів, базису протеза, пелотів, штучних зубів) так і їхнього хімічного складу (барвники, мономер, солі металів) та способу полімеризації пластмаси. Ці зміни можуть бути зумовлені зниженням або збільшенням кількості слини; можливі зміни кислотно-лужного балансу та в'язкості ротової рідини; змінами захисних, бактерицидних та мінералізуючої її властивостей.

**Мета дослідження.** Неспецифічна резистентність організму зумовлена багатьма факторами захисту і зокрема такими як бар'єрна функція слизової оболонки порожнини рота. Метою дослідження було вивчення змін в порожнині після протезування частковими знімними пластинковими протезами.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведене клініко-лабораторне дослідження на базі КМУ «Чернівецька міська стоматологічна поліклініка», оглянуто 80 пацієнтів яких поділили на дві групи: у I групі 30 пацієнтів із включеними дефектами віком від 52 до 60 років, які були запротезовані частковими знімними пластинковими протезами, на стадії звикання до ортопедичної конструкції (7-10 днів); у II групі 50 пацієнтів різних вікових груп, які були запротезовані в 2012, 2013 роках, тобто з моменту протезування пройшло 2 та 3 роки відповідно.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У I групі погіршувався гігієнічний стан ротової порожнини, виникали явища гінгівіту; рН ротової рідини та її в'язкість підвищувались. Дані явища зникали на протязі 1 місяця у всіх випадках.

У II групі: 45 пацієнтів (70%) хворих були наявні зміни слизової оболонки під базисом протезу. Вони проявлялись потовщенням епітелію 17 випадків, явищами зроговіння епітелію у 4 клінічних випадках, у 24 пацієнтів при огляді було виявлене стоншення епітелію слизової оболонки, комплекс цих факторів свідчить про наявність хронічного запального процесу. Всі пацієнти у яких були виявлені зміни слизової

оболонки скаржились на підвищену чутливість СО що проявлялась у відчутті печіння і сухості в ділянках під протезом.

**Висновки.** Висновки результатів дослідження вказують на необхідність удосконалення конструкційних елементів часткових знімних пластинкових протезів та їхнього хімічного складу. Подальше вивчення їхнього впливу на тканини протезного ложа, рН ротової рідини та її в'язкість.

**Summary.** Today there is a large number of innovations, materials and methods to prevent as well as to eliminate the defects of dentition, most of orthopedic designs use removable partial dentures. This peculiarity requires one to improve the structural elements of removable partial dentures and their chemical composition. It is necessary to further study their impact on the prosthetic bed tissue, pH of oral fluid and its viscosity.

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ МІНІМАЛІЗАЦІЇ  
ПОЛІМЕРИЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ У ПОРОЖНИНАХ З  
ВИСОКИМ ПОКАЗНИКОМ С-ФАКТОРУ ЗА ДОПОМОГОЮ  
МАТЕРІАЛУ SDR

Крічфалушій Сергій Іванович

Науковий керівник: ст. викладач Костенко С.Б.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет

Ужгородський національний університет

м. Ужгород, Україна

THEORETICAL JUSTIFICATION OF MINIMIZATION OF  
POLYMERIZATION STRESS IN CAVITIES WITH HIGH C-  
FACTOR WITH THE HELP OF SDR MATERIAL

Krichfalushiy Serhiy

Scientific leader: S.B. Kostenko, Senior Lecturer

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry

Uzhhorod National University

Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** При дослідженні віддалених протоколів прямих реставрації виявлено основні причини порушень крайового прилягання полімерних пломбувальних матеріалів, яке в подальшому призводить до післяопераційних ускладнень. Основною причиною надання неякісної стоматологічної допомоги у вигляді прямих реставрацій являється полімеризаційний стрес, як наслідок розвитку полімеризаційної усадки композитних матеріалів. Розвиток полімеризаційної усадки та полімеризаційного стресу прямо пропорційно залежить від об'єму та глибини порожнини (Радлінський С.) Дана проблема особливо актуальна в порожнинах з високим показником фактору конфігурації порожнин (Блохина А.Ю.). Вирішення даної проблеми шляхом зменшення полімеризаційної усадки не призвело до успіху, оскільки за рахунок хімічної структури сучасних композитних матеріалів (метилметакрилатна основа) зниження полімеризаційної усадки призводить до підвищення полімеризаційного стресу, і, як наслідок, підвищення напруги на стінки зуба з подальшим розвитком ускладнень. Адекватним вирішенням даної проблеми являється застосування модуля полімеризації, який дозволяє сповільнити ріст модуля пружності, дозволяє знизити напругу без зниження коефіцієнта полімеризації або степені конверсії. Даний модуль полімеризації застосовний при розробці матеріалу SDR (DentSply).

**Мета дослідження.** Теоретичне обґрунтування застосування матеріалу SDR (DentSply) в порожнинах з високим показником С-фактору.

**Матеріали та методи дослідження.** Для визначення ефективності мінімізації полімеризаційного стресу в матеріалі SDR було застосовано метод поляризаційно-оптичного аналізу напруги (Ernst С.-P. et al., 2009), для дослідження показників степені конверсії SDR при різній товщині порції використано метод спектроскопії порушеного повного внутрішнього відбивання (ATR-NIR), метод обстеження напружено-деформаційного стану (Pie N., 2007) використано для визначення накопичення напруги, використано тести на якість прилягання після термохімічного навантаження (Frankenberger R., 2008). Дослідження якості адгезії до дентину та визначення полімеризаційного стресу матеріалів контрольних груп в залежності від техніки заповнення порожнин з високим показником С-фактору проводилось Van Ende/Van Meerbeek (2013). Дослід Van Ende/Van Meerbeek базується на заповненні порожнини з високим показником С-фактору трьома різнорідними матеріалами за допомогою технік freehand (товщина монолітного зразка

2,5 мм), «сендвич-техніка» (товщина зразка 2,5 мм; внесення матеріалу трьома порціями по 0,83 мм), bulk-fill (товщина монолітного зразка 2,5 мм) та bulk-fill (товщина монолітного зразка 4 мм).

**Результати дослідження та їх обговорення.** В результаті обстеження матеріалу SDR методом поляризаційно-оптичного аналізу напруги (Ernst С.-Р. et al., 2009) доведено, що напруга усадки значно менша в порівнянні з контрольною групою композитів. Метод спектроскопії порушеного повного внутрішнього відбивання (ATR-NIR), а також аналогічні дослідження (Reis.A., 2009) показали хороші показники конверсії матеріалу, що дозволяє полімеризувати його при внесенні однією порцією товщиною 4 мм. За допомогою методу напружено-деформаційного стану (Ilie N., 2007) використаного для визначення накопичення напруги вдалось визначити низькі показники накопичення напруги в порівнянні з матеріалами контрольних груп. Результати дослідження Van Ende/Van Meerbeek (2013):

1) використання гібридного світлотвердіючого текучого композиту: технікою bulk-fill (товщина монолітного зразка 2,5 мм) – 100 % невдач; технікою bulk-fill (товщина монолітного зразка 4 мм) – 100 % невдач.

2) використання традиційного світлотвердіючого текучого композиту технікою bulk-fill (товщина монолітного зразка 2,5 мм) – 53 % невдач; технікою bulk-fill (товщина монолітного зразка 4 мм) – 100 % невдач.

3) використання SDR технікою bulk-fill (товщина монолітного зразка 2,5 мм) – 100 % успіху; технікою bulk-fill (товщина монолітного зразка 4 мм) – 100 % успіху.

**Висновки.** За допомогою дослідження поляризаційно-оптичного аналізу напруги (Ernst С.-Р. et al., 2009), методу спектроскопії порушеного повного внутрішнього відбивання (ATR-NIR), методу обстеження напружено - деформаційного стану (Ilie N., 2007), тестів на якість прилягання після термохімічного навантаження (Frankenberger R., 2008) та дослідження Van Ende/Van Meerbeek (2013) доведено мінімальний показник полімеризаційного стресу в матеріалі SDR та ефективність його застосування в порожнинах з високим фактором конфігурації порожнин.

**Summary.** We have proved the minimum index of the polymerization stress in SDR material and the efficiency of its application in cavities with a high factor of cavity configuration with the help of polymerization optic tension analysis test (Ernst С.-Р. et al., 2009), near-infrared and attenuated-total-reflectance infrared (ATR-NIR) spectroscopy techniques, tension and deformation condition examination technique (Ilie N., 2007), technique which

is used to test the quality of contiguity after thermal and chemical load (Frankenberger R., 2008), and Van Ende/Van Meerbeek test (2013).

## THE USE OF IMPLANTS WITH HYDROXYAPATITE-COATED IN DENTISTRY

Abbas A.H. Alebady

Scientific leader: Ye.Ya. Kostenko, Doctor of Medical Sciences  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Timeliness.** HA is a mineral calcium phosphate contained in the rocks and sea coral. HA has many useful features: it is quickly integrated into the human body after entering amazing that membership does not deal with it as foreigner but as close friend – also it associated with bore and from homogeneous unit which cannot be discerned or separated from its neighborhood. HA can be used for dental facial region in the jaw to correct defects in the following areas c chain jaw's including condyle. Implantation if has provided the use of implants and dental way to replace the restore function the following usually forms of implants: plate, blade, buckle, screw and it is made of titanium and stainless steel or cobalt.

**The objective** of this work is to identify the clinical advantages and properties and indication of HA.

**Materials and methods.** The research used HA coating: prepone the gingivo with the girgival punch on make a flap helond to the implant diameter choose the preferred implant line after we drilled the cavity. You can use manually insertion our machine driren. The position of about ment the edge of hex point to bucall side. Finally the implant should be closed using the cover screw and a saliva-proof wound closure.

**Results and discussions.** One may replace the missing tooth by tooth transplant without charging the adjacent healthy teeth. Ability for chewing – maintain healthy teeth – bone lose stopped.

**Conclusions.** If you are missing more than one tooth, HA coating implants will be the best treatment option.

PRACTICAL ARGUMENTATION FOR USAGE OF

NON-REMOVABLE PROSTHETIC METAL-CERAMIC  
CONSTRUCTIONS  
FOR TREATMENT OF DIASTEMA AND DIERESIS

Michelle Cardozo

Scientific Leader: Ye. Ya. Kostenko, Professor  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Timeliness.** A statement that attractive people have a much better chance of being successful is true nowadays. Dentists can greatly contribute to improving the patient's smile, appearance and subsequently self-confidence. The presence of a midline diastema or spaces in between anterior teeth can be a major esthetic concern for patients. The aesthetic appearance of teeth forms a part of an overall picture, interacting closely with facial aesthetics. Since a pleasant smile depends largely on the symmetry, the asymmetry at the midline creates an unacceptable aesthetic presentation for both patients and observers. There are various treatment options available for diastema closure in adults like orthodontic movement, restorative and prosthodontic treatment. There is a wide range of findings from 1.6% to 25.4% in adults and an even greater range in groups of young people with diastema and dieresis.

**Objective.** To treat diastema and dieresis closure using the metal-ceramic prosthesis.

**Materials and Methods.** The closure of diastema is done with a complete bridge of fixed prosthetic metal-ceramic crowns with crown angulation mesially. The treatment method involves – during the first visit – irreversible hydrocolloid impressions of both maxillary, and mandibular arches should be taken and sent to the laboratory technician for the diagnostic wax up model to be made. To produce the most aesthetic outcome, the favorable results were predicted by space redistribution. If the right central incisor is moved toward mesial and incisal directions 1 mm, respectively, the left lateral incisor will be moved toward incisal direction 1 mm as well as the canine and premolars spacing is redistributed. During the final visit, the prostheses are placed permanently.

**Results and Discussions.** A patient should be satisfied with their appearance and the function. Check-ups of the patient should be performed after the placement of the final prosthesis, to check for stability and any malfunctions.

**Conclusions.** In summary, every treatment presents advantages and disadvantages as well as the treatment modality and approach for midline diastema correction varies from case to case. A correct diagnosis of its etiology

and subsequent treatment approach is essential for a positive, aesthetic and functional outcome. Before the practitioner can determine the optimal treatment, he or she must consider the contributing factors. These include normal growth and development, tooth size discrepancies, excessive incisor vertical overlap of different causes, mesiodistal and labiolingual incisor angulation, generalized spacing and pathological conditions. A carefully developed differential diagnosis allows the practitioner to choose the most effective restorative treatment. Diastemas based on tooth-size discrepancy are most amenable to restorative and prosthetic solutions. The most appropriate treatment often requires orthodontically closing the midline diastema. The treatment of diastema varies and it requires correct diagnosis of its etiology, and early intervention relevant to the specific etiology. Correct diagnoses include radiological and clinical examinations and possibly tooth size evaluation. If the cause is thick frenulum, it is an error to surgically remove the frenulum at an early age and then delay orthodontic treatment in the hope that the diastema will close spontaneously. If the frenum is removed, while there is still a space between the central incisors, scar tissue forms between the teeth as healing progresses, and a long delay may result in a space that is more difficult to close than it was previously. Patients should be educated about each procedure and guided as to what is best for them as well as summary of advantages and disadvantages for each technique should be presented. Thus, taking into account the tooth size, a cost-effective way with the need for longevity, time for treatment as well as with respect to the age of a patient, the selection of metal-ceramic prosthesis for correction on diastema and diastema is an optimal solution as compared to orthodontic movement and restorative treatment.

## APPROPRIATENESS OF ADHESIVE PROSTHETIC APPLIANCES IN SUBSTITUTION OF DENTITION DEFECTS OF DIFFERENT CLASSES

Saif Ali Alsaadi

Scientific leader: Ye.Ya. Kostenko, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National  
University, Uzhhorod, Ukraine

**Timeliness.** If a missing tooth is present and if a patient follows good

oral as well as dental hygiene practices, the prudent choice for the tooth replacement is a bridge. A dental bridge is a dental technique of restoration used to replace a missing tooth. It adheres to contiguous teeth or other implants. These bridges prevent dental problems like decay of tooth, speech disturbances and shifting teeth. There are several different types of bridges available depending upon the location of the missing teeth, the condition of the surrounding teeth and patient's choice.

**Objective.** A fixed/bridge is a strong and retentive restoration for replacing missing teeth. It can be used for single or multiple missing units with the abutment teeth splinted together in the latter case. This can be seen as an advantage as well as a possible disadvantage of this technique as the design of linked abutment units must be considered carefully to allow access for oral hygiene measures.

**Materials and methods.** Adhesive and inlay bridges have the advantage of being minimally invasive. As compared to traditional bridge preparation, only 3 to 30 % of healthy tooth structure is lost instead of 63 to 72 %. (D. Edelhoff *et al.* (2002)). This makes these restorations an attractive option for young people with healthy dentition. In addition, adhesive bridges (Maryland bridges) show a lower occurrence of post-operative sensitivity due to the enamel retention of the restoration. However, these restorations are associated with a higher risk of failure in comparison to conventional FPDs (Priest, 1996). Survival rates of these indications are 70 to 80 % (4 to 6 years) and are lower than conventional FPDs. Debonding of the restorations and secondary caries are the most prominent failure rate. Undetected debonding of a retainer may lead to plaque accumulation and possibly to subsequent lesions and gingivitis. Therefore, these indications have to be carefully considered for each clinical situation. The following points summarize the key findings:

- States share no consensus about best practices for transversely posttensioning adjacent precast-concrete multi-beam bridges. Some states do not even consider the effects the skew angle has on the stress distribution caused by loads on this type of bridge.
- As a bridge's skew angle increases and the length-to-width ratio of a bridge decreases, the likelihood of reflective cracking occurring greatly increases due to the introduction of alternate load paths.
- The reflective cracking is probably initiated due to thermal strains, but vehicle loads play a large part in crack propagation.
- Transverse post-tensioning placed close to the abutments and oriented parallel to the skew angle is very effective at reducing the transverse stress in this type of bridge.

**Results and discussions.** A missing tooth in the anterior region is not

only a physical loss, but also may be an emotional experience for the patient as well. To remove healthy tooth structure of adjacent teeth to replace a congenitally missing tooth or a tooth lost to decay, trauma, root fracture, failed root canal treatment, or pathology is, for some patients and dentists, a very aggressive treatment option. Many treatment modalities are available for replacing a single missing tooth; removable partial denture, fixed partial denture or dental implant. Each modality is a possible treatment option and has its own advantages and disadvantages. Patient awareness of the advantages and disadvantages of different treatment modalities is very important for decision making, therefore there are many factors making single-tooth replacement one of the most challenging restorations in dentistry.

**Conclusions.** Case selection is crucial to success when considering any form of tooth replacement. Whichever treatment modality is finally selected, it should suit the needs of the patient, be carefully planned and skillfully executed. The success and limitations of removable partial dentures and conventional bridgework are well known to the profession. Bridges and dental implants now have proven track records and should be offered to patients as predictable alternatives. It is the practitioner's choice whether to undertake these relatively newer techniques or refer to the old ones.

## RESULTS OF MEDICAL DIFFERENTIAL PATIENT CARE AFTER RECENT DENTAL IMPLANTATION OPERATION

Y.Y. Yarov

S.P. Yarova, Doctor of Medical Sciences, Professor

Ukrainian Medical Dental Academy

23 Shevchenko Str., Poltava

**Timeliness.** The modern implant dentistry develops quickly as a science acquiring an impressive scale. Despite the undoubted achievements, the risk of postoperative complications of inflammatory nature is an important issue of dental implantation. Implantation refers to the value-surgical interventions. The role of biofilms increases significantly in the postoperative period and may acquire the status of a decisive factor in the process of rejection. That is why the issue of hygienic status of patients, before and after

implantation, causes increased attention. However, there is a risk of microbial invasion and there may be a potential threat to the treatment using dental implants. Pathogenic and pathogenic microflora can cause chronic inflammation rolling out the soft tissue to the bone and lead to its rapid resorption. Afterwards, the continued functioning of the implants becomes impossible, which is confirmed clinically – approximately 30% of patients diagnosed with periimplantitis had a similar situation.

**Objective.** This study was intended to obtain the results of dynamic observation of the clinical picture in the coming period of 3 months while evaluating the effectiveness of the proposed differentiated drug therapy in the postoperative period for patients who received dental implants.

**Materials and methods.** The study involved 124 somatically healthy people (54 men and 70 women) aged 18 to 34 years, including 25 people with intact periodontal, 35 patients with chronic catarrhal gingivitis (CCG), 30 patients with generalizovany periodontitis (GP) Primary - I, first degree, 34 patients with GP I, I-II severity. SG SE was diagnosed on the basis of clinical examination, radiography, periodontal indices and the definition of samples in accordance with the systematics of periodontal diseases (N.F. Danilevsky (1994)). The overall hygienic index Green-Vermillion (OHI-S) (Green, Vermillion, 1960) based on a component of plaque and component tartar (in points – from 0 to 3, in total – from 0 to 6) was determined to objectively assess the hygienic oral health. Oral hygiene and professional teeth cleaning were performed before surgery of dental implantation for all patients. Complex treatment in accordance with the Dental Help Provision Protocol (Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 566 as of November 23, 2004) was performed prior to implantation for patients who have been diagnosed with CCG and SE. Intraosseous screw implants were used to replace dentition defects. The operation was carried out as a two-step process. In the first stage, implants were installed, followed by suturing mucosa: the upper jaw – 3 months, on the bottom – 6 months. Weekly inspections were carried out after removal of sutures within 3 months. At the same time, we paid attention to the condition of the mucous membrane covering the elements of intraosseous implants. This is due to the fact that during this period most typical complications are observed, such as rejection of implants and peri-implantitis. The clinical picture in periimplantitis introduced during the first stage of intraosseous element is characterized by the appearance of a limited edema and hyperemia, fistula, or granulation in the mucous membrane covering the intraosseous element (after 2-3 weeks). Unlike the periimplantitis implant rejection is an inflammatory process that begins in the surrounding bone. We received the clinical picture of this embodiment, the implant rejection was

characterized by the appearance of hyperemia, edema, fistula of the intraosseous part (after 2-3 weeks). Spontaneous expulsion of granulation tissue was seen in the following 1-2 weeks. Patients were distributed into 2 equal treatment groups: experimental (62 people) - in the early postoperative period the proposed differentiated drug therapy was performed, the extent of which is determined by the initial state of oral hygiene; the control group (62 people) received traditional medical therapy. As a special medical therapy after surgery in patients implanted with a healthy periodontium (25) was not appropriate, they made the comparison group. Monotherapy using the immunomodulator "Imudon" in the form of suckable tablets (6 tablets a day for two weeks) is recommended in patients with postoperative CCG. Patients with GP primary, elementary, first degree, and I, I-II degree combined recommended the appointment of an immunomodulatory drug "Imudon" in this scheme and universal antimicrobial broad-spectrum "Miramistin" for 2 weeks. Control studies were performed 1 week after the stitches had been removed, and then weekly during the 3 months before the second stage of the operation. The received digital data was processed by the variational-statistical methods of analysis on a personal computer IBM PC using standard programs (Microsoft Excel).

**Results and discussions.** Significantly better hygienic condition of the oral cavity in patients of the CCG main group as compared to controls ( $p < 0.05$ ) was noted 1 week after removal of sutures. Thus, IG Green-Vermillion in the main group was an average of 1.32 times lower as compared to the control group. Such differences in nature are seen in all subsequent periods of observation. It should be noted that the level of hygiene of patients who received an offered drug treatment ("Imudon") in this period corresponded to that of individuals with a healthy periodontium. No cases of periimplantitis were found in any primary or control groups when assessing the state of the mucous membrane of the intraosseous part in CCG patients in the postoperative period.

**Conclusions.** Thus, the analysis of the dynamics of clinical parameters in patients with chronic catarrhal gingivitis after dental implantation demonstrates the effectiveness of the proposed monotherapy "Imudon" in addition to conventional maintenance therapy as soon as possible from 1 week after the removal of stitches up to 3 months. The analysis of the dynamics of clinical parameters in patients with GP primary, elementary, first degree and with GP I, I-II degree after dental implantation demonstrates the effectiveness of the proposed combination of drugs "Imudon" and "Miramistin" in addition to conventional maintenance therapy with the next period of 1 week after removal of sutures to 3- months. The results allow us to recommend the

proposed method of differential medical treatment in the early postoperative period after dental implantation for a widespread use in the practice of dentistry.

## ОСОБЛИВОСТІ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН В ТКАНИНАХ ЯЗИКА ПРИ ДЕСКВАМАТИВНОМУ ГЛОСИТІ

Боднарчук Ірина Василівна, Герасимюк Ілля Євгенович  
Науковий керівник: професор, Ілля Євгенович Герасимюк  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Тернопільський державний медичний університет  
ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

## FEATURES OF MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL CHANGES IN THE TISSUES OF THE TONGUE WITH DESQUAMATIVE GLOSSITIS

I.V. Bodnarchuk, I.Ye. Herasymiuk  
Scientific leader: I.Ye. Herasymiuk, Professor  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Horbachevsky Ternopil State Medical University  
Ternopil, Ukraine

**Актуальність теми.** За останні десятиріччя прослідковується тенденція до приросту поширеності захворювання язика, який являється не тільки органом, який бере участь у переробці їжі, акті ковтання, смаковому сприйнятті і утворенні мови, а й є «дзеркалом організму», своєрідним «ключем», що відкриває його таємниці. При високій поширеності захворювань слизової оболонки порожнини рота їх діагностика і лікування значно ускладнені. Це обумовлено великою кількістю етіологічних факторів, складним механізмом розвитку патології, різноманітністю клінічних симптомів і синдромів, які, як правило, пов'язані із соматичними захворюваннями організму.

**Мета дослідження.** Вивчення морфо-функціональних змін у тканинах язика при десквамативному глоситі, розробка нових, більш ефективних способів комплексного лікування десквамативного глоситу з

урахуванням впливу на етіологічні чинники і патогенетичні механізми.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами проведено клінічне обстеження 23 дітей, з ураженням слизової оболонки язика, що перебували на стаціонарному лікуванні в Тернопільській обласній дитячій клінічній лікарні.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При зборі алергологічного анамнезу виявляли речовини, які можуть виступати в ролі алергенів. Нами встановлено, що найчастіше (в 65,22 % випадків) провокує ураження СОПР вживання кислої їжі, в 26,09 % випадків – контакт із домашніми тваринами, в 8,69 % таких факторів не виявлено. Пацієнти скаржились на печіння і біль в ділянці язика, особливо при прийомі гострої їжі. В 78,26 % обстежених дітей діагностувався катаральний гінгівіт. Язик покритий біло-сірим нальотом, який знімався з деяким зусиллям. На слизовій оболонці спинки язика, кінчику, боковій поверхні відмічали появу плям біло-жовтого кольору, що виникають за рахунок набряку епітелію ниткоподібних сосочків язика. Динамічне спостереження за хворими дітьми показало, що після відторгнення нальоту залишається ділянка стоншеного епітелію рожево-червоного кольору, на якій зникають ниткоподібні сосочки язика. У всіх обстежених відмічалась гіпосалівація.

**Висновки.** В основі розвитку десквамативного глоситу лежать трофічні порушення в епітеліальному покриві спинки язика, що клінічно проявляється місцевим порушенням процесів зроговіння і дистрофічними змінами ниткоподібних сосочків язика.

**Summary.** Trophic disorders in back cover epithelial of tongue are at the heart of desquamative glossitis, with them being clinically manifested by a local violation of the processes of keratinization and degenerative changes in the filiform papillae language.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ  
ПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЯХ З ВИКОРИСТАННЯМ МАТЕРІАЛУ  
«BEAUTIFUL»

Бойчук М.М.

Науковий керівник: ст. викладач Костенко С.Б.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

ASSESSING THE EFFICIENCY OF REMINERALIZATION THERAPY IN  
CASE OF DIRECT RESTORATIONS WITH THE HELP OF “BEAUTIFUL”  
MATERIAL

M.M. Boychuk

Scientific leader: S.B. Kostenko, Senior Lecturer

Department of Orthopedic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod  
National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Віддалені результати реставрацій показали, що 60% робіт підлягають їх заміні. Основною причиною повторних реставрацій є виникнення вторинного карієсу. Причинами цього явища можуть бути: недостатні критерії і системи для надійного діагнозу, значне розповсюдження вторинного карієсу. Тому використання матеріалів, які володіють протикаріозними властивостями є необхідним при прямих реставраціях, для запобігання виникненню таких ускладнень як вторинний карієс.

**Мета дослідження.** Оцінити ефективність ремінералізуючої терапії при прямих реставраціях з використанням матеріалу «Beautiful».

**Матеріал та методи дослідження.** Спираючись на дослідження М. Суніко, університет Маніли, Філіппіни, було проаналізовано ремінералізуючі властивості гіомерів на прикладі матеріалу «Beautiful». Були виконані 20 реставрацій порожнин I класу на вітальних зубах. В якості клінічних параметрів були прийняті: анатомічна форма реставрації, відповідність кольору реставрації до твердих тканин зуба, зміна кольору в маргінальній зоні, маргінальна адаптація, текстура поверхні, вторинний карієс і реакція пульпи.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всі зуби на яких проводилися реставрації мали антагоністів. Для забезпечення адекватної полімеризації використовувалась лампа потужністю 550 mW/cm<sup>2</sup>. Фініровка і полірування проводилося через 24 години алмазними інструментами (SF215, SF219, SF310). Контрольний огляд проводився через 6 тижнів.

Таб.1

Таблиця критеріїв

Критерії	А	В	С
Анатомічна форма реставрації	Зберігає форму	Не зберігає форму, але втрати матеріалу не суттєві	Оголений дентин
Відповідність кольору реставрації до твердих тканин зуба	Реставрація співпадає в кольорі і транслюцентності з тканинами зуба	Невідповідність кольору не значна	Реставрація не співпадає в кольорі і транслюцентності з тканинами зуба
Зміна кольору в маргінальній зоні	Нема зміни	Зміна є, але не проникає в сторону пульпи	Зміна кольору, яка проникає в сторону пульпи
Шороховатість поверхні	Відповідає шороховатості обробленій фінішним полірувальним диском	Відповідає шороховатості обробленій бумогою зернистістю 600 мкм	Відповідає шороховатості обробленій бумогою зернистістю 280мкм
Постопераційна чутливість	Нема	Наявна, але ендодонтичного лікування не потребує	Потребує ендодонтичного лікування
Маргінальне прилягання	Краї реставрації при зондуванні не виявляються	При зондуванні наявні, але інструмент не проникає в дентин	Інструмент проникає в дентин
Вторинний карієс	Нема	Є	

При обстеженні 20-ти пацієнтів було виявлено такі показники

Таб.2

	1			2			3			4			5			6			7		
*	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Кількість пацієнтів	18	22	0	18	2	0	20	0	0	18	2	0	19	1	0	20	0	0	20	0	0

\*- критерії (див. таб. 1)

**Висновки.** При проведенні прямих реставрацій за допомогою гіомера «Beautiful» досліджено, що вторинного карієсу у 20-ти досліджених людей не виявлено. Це явище можна пояснити тим, що в складі гіомера наявна S-PRG технологія (первинна реакція поверхневих частин склоіомера), яка здійснює ремінералізуючу терапію на тканини зуба.

**Summary.** When carrying out the direct restoration with the help of “Beautiful” material, it was established that 20 examined patients were not found to have secondary caries. This phenomenon may be explained by the fact that “Beautiful” contains S-PRG technology (primary reaction of surface parts of glassionomer) which performs the remineralization therapy for dental tissues.

## АНАЛІЗ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕРМОФОТОМЕТРІЇ

Дячук К.Г.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

## ANALYSIS OF PERIODONTAL POCKETS USING THERMOPHOTOMETRY

K.H. Dyachuk

Scientific leader: Ye.Ya. Kostenko, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National  
University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Зміни температурних параметрів тканин зубо-щелепового апарату у разі виникнення та прогресування запальних процесів є складовою типової реакції організму на вплив провокуючих патологічних чинників (Allam P., Vandana K., 2001; Arora R, Narula S., 2013). Визначення сублінгвальної температури у якості об'єктивного критерію патології пародонту забезпечує лиш реєстрацію факту змін в області сполучно-епітеліального прикріплення зубів, однак не дозволяє отримати жодних вихідних даних для подальшого аналізу та вибору адекватного методу лікування, як і можливого прогнозу його ефективності (Montén U, Wennström J, 2006; Moss K., Ruvo A., Offenbacher S., 2007). Сублінгвальна термофотометрія, в свою чергу, забезпечує диференційований підхід до діагностики патологічних процесів в області окремих зубів, та можливості для порівняння отриманих даних із аналогічними показниками у групі клінічно здорових пародонтологічних пацієнтів (Zwahlen M, Lang N., 2008). Використання специфічних фотодатчиків дозволяє досягти вищої прецизійності даного методу дослідження, що підвищує аргументованість його використання в якості додаткового діагностичного інструменту.

**Мета дослідження.** Проаналізувати можливості використання методу термофотометрії з метою верифікації змін параметрів пародонтальних кишень, визначити кореляційні взаємозв'язки між показниками пародонтологічного статусу та даними температури, отриманими в ході імплементації апробаційного методу.

**Матеріали та методи дослідження.** Реєстрація термометричних показників проводилась з використанням портативного безінерційного приладу з системою адаптованих світлових датчиків різної конфігурації для об'єктивної оцінки змін температурних параметрів в області ясен та пародонтальних кишень. Алгоритм проведення дослідження забезпечувався трьохразовим вимірюванням температури тканин в різних топографо-анатомічних зонах зубних рядів у пацієнтів із захворюваннями пародонта та пародонтологічно здорових пацієнтів, як досліджуваної групи контролю. Завдяки специфічній конфігурації датчиків з відповідною спектральною чутливістю, реєстрація температурних параметрів фіксувалась на приймачі фотометра, після чого конвертувалась у відповідні абсолютні показники температур (°C) з врахування середньостатистичних похибок вимірювання та ефекту аттенуації світлового потоку на відстані від зафіксованим датчиком та приймаючою площиною. З метою адекватної реєстрації пародонтологічних змін карти стоматологічних хворих були доповнені

додатковими графами сформованими із пародонтальних онлайн-бланків <http://www.periodontalchart-online.com/ru/>. Статистична обробка отриманих даних проводилась в використанні прикладного програмного забезпечення Microsoft Excel (Microsoft Office, Microsoft, 2010).

**Результати дослідження та їх обговорення.** В результаті проведеного експериментального дослідження було виявлено достовірну залежність між показниками температури ясен у пацієнтів із симптомами пародонтиту I та II ступеню та пацієнтами контрольної групи. При цьому показники термофотометрії відрізнялись в області різних топографо-анатомічних ділянок зубного ряду у пародонтологічних хворих. При пародонтиті в області фронтальної групи зубів термофотометричні показники ясен сягали – 33,8-34,9°, в області молярів – 35,9-36,0°, що очевидно обґрунтовано тим, що фізичні показники температури в нормі вищі в області бічних зубів у порівнянні із передньою ділянкою. Дане припущення було підтверджено у контрольній групі пародонтологічно здорових пацієнтів. При цьому температура в області пародонтальних кишень різних груп зубів залежала переважно від глибини кишень (середній рівень кореляційної залежності  $r_s=0,44$ ), і не корелювала із топографо-анатомічного критерієм. В області пародонтологічних кишень глибиною до 4 мм – середні показники температури сягали 34,8°, в області кишень глибиною 4-6 мм – 35,4°, в області кишень глибиною більше 6 мм – 35,9°. Таким чином, можна резюмувати, що термофотометричні показники варіюють в залежності від параметру глибини кишень та суміжних патологічних факторів. Перспектива подальших досліджень полягає у пошуку кореляційних взаємовідношень між показниками зміни температури ( $\Delta t$ ) та супутніми факторами патології та лікування (глибиною кишень, наявністю кровоточивості, рухомістю зубів, біотипом домінуючої мікрофлори, гігієнічним станом до та після проведеного комплексного лікування) у розрізі їх сукупного та диференційованого впливу.

**Висновки.** Термофотометрія тканин пародонту є важливим діагностичним інструментом для ранньої верифікації та прогнозування патологічних змін в області сполучно-епітеліального прикріплення зубів. Показники температурних параметрів зафіксовані з використанням адаптованих фотометричних датчиків дозволяють забезпечити більш високу точність дослідження пародонтологічного статусу, а сукупна діагностика з використанням можливостей реографії, реопародонтографії, флоуметрії та термофотометрії дозволяє провести об'єктивну оцінку глибини патологічних кишень, ступеню змін в області ясен та слизових

оболонок для контролю динаміки процесу та ефективності запропонованих методів лікування.

**Summary.** Thermophotometry of periodontal tissues is an important diagnostic tool for early verification and prediction of lesions in the connective-epithelial attachment of teeth. The combined capabilities of reography, reoparodontography, flowmetry and thermophotometry allow performing an objective assessment of the verification depth of pathological pockets, the degree of change in the gums and mucosa as well as controlling the dynamics of pathological process and the effectiveness of the proposed treatment.

ВДОСКОНАЛЕНИЙ МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ АПРОКСИМАЛЬНИХ  
КОНТАКТНИХ ПУНКТИВ ПРИ ПРЯМІЙ РЕСТАВРАЦІЇ  
ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З  
ВИКОРИСТАННЯМ МАТЕРІАЛІВ «SHOFU»

Колбаско Л.В.

Науковий керівник: ст. викладач Костенко С.Б.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м.Ужгород.

IMPROVED METHODOLOGY OF RECOVERING CONTACT POINTS  
FOR DIRECT RESTORATION OF FRONTAL TEETH OF THE LOWER  
JAW WITH THE USE OF “SHOFU” MATERIAL

L.V. Kolbasko

Scientific leader: S.B. Kostenko, Senior Lecturer

Department of Orthopedic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National  
University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Апроксимальні контактні поверхні беруть участь у розподілі жувального навантаження шляхом передачі його по зубному ряду, за рахунок збільшення щільності контактних пунктів. В прямій реставрації контактні поверхні фронтальних зубів недоступні як для препарування, так і для відновлення міжзубного контакту. Неякісна реставрація призводить до утворення вторинного карієсу та необхідності її заміни з повторним препаруванням твердих тканин зуба, тому

удосконалення та розроблення нових методик пломбування каріозних порожнин III та IV класів за Блеком є актуальним завданням на сьогодні.

**Мета дослідження.** Підвищення стійкості контактних пунктів та висока естетика при реставрації дефектів зубів III та IV класів багатофункціональними гіомерами з біонаповнювачами виробника «Shofu».

**Матеріали та методи дослідження.** Враховуючи топографію зубних тканин, всі випуклі поверхні коронки сформовані виключно емаллю, що має клінічне значення для реставрації. Моделювання апроксимальних поверхонь фронтальних зубів у ході прямої реставрації досягали за допомогою контурної матриці, попередньо відновивши піднебінну стінку за допомогою силіконового шаблону. Використовували набір матеріалів Beautiful II виробника «Shofu» (емалеві та прозорі відтінки).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Провели 29 прямих реставрацій III та IV класів, з яких 14- із використанням матеріалів системи Beautiful II «Shofu» та 15 – мікрогібридними композитами світлового твердіння. Через 6 місяців проводили перевірку реставрацій за такими показниками: чутливість зуба після реставрації, зміна щільності прилягання відновленого контактного пункту, відмінність забарвлення на межі зуб/реставрація.

**Висновки.** в порівнянні з іншими композитними матеріалами, використання матеріалів виробника «Shofu» для прямої реставрації порожнин III та IV класів за Блеком забезпечує кращу щільність прилягання та стійкість, ідеальне попадання в колір, високу естетику реставрації та завдяки біонаповнювачам – нейтралізацію кислотності і запобігання формування нальоту, що попереджає виникнення вторинного карієсу.

**Summary.** The article presents the results of applying an improved methodology of recovering contact points for the direct restoration of frontal teeth with the use of “Shofu Beautiful” II material. As compared to other composite materials, this material ensures the stability and esthetics of the restoration and contains biological fillers which prevent the formation of secondary caries.

# СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ В УМОВАХ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ

Кузьо Н.В

Науковий керівник: Добровольська М.К., к.мед.н., доц.,  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м.Ужгород, Україна

## THE STATE OF DENTAL HARD TISSUES OF STUDENTS IN TERMS OF EMOTIONAL STRESS

N.V. Kuzo

Scientific leader: M.K. Dobrovol'ska, Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Professor

Faculty of Dentistry, Uzhhorod National University  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** У вік науково-технічної революції, наслідком якої є напружений ритм життя, дуже підвищилась нервово-психічна діяльність. Під впливом хронічного емоційного перенапруження та тривоги виникають умови, що стимулюють погіршення психосоматичного здоров'я.

**Мета дослідження.** Вивчити стан твердих тканин зубів і психоемоційного стану студентів шляхом опитування та оцінки стоматологічного статусу.

**Матеріали та методи дослідження.** Методом анкетування, яке проводилося серед студентів стоматологічного факультету, було досліджено 40 осіб (17 дівчат і 23 хлопці) віком від 16 до 19 років. Для дослідження стоматологічного статусу була використана медична карта студента Форма №025-3\0. Для оцінки карієсогенної ситуації порожнини рота визначали рН ротової рідини, ТЕР-тест, рівень гігієни за індексами Федорова-Володкіної та Green-Vermillion. Психоемоційний стан досліджували за допомогою опитувальників С.Коухена і Г.Вілліансона (тест самооцінки стресостійкості), Holmes&Rahe (шкала стресогенності життєвих подій), Спілберга (тест на реактивну тривожність).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дослідження показало, що поширеність карієсу зубів становила 85% при інтенсивності 13,4. Переважали поверхневі ураження зубів. Структура КПВ при огляді склала: К-312, П-215, В-10. Індекс гігієни за Федоровим-Володкіною показав, що у 62,5% обстежуваних добрий рівень гігієни, у 27,5% - задовільний, а у 10% обстежуваних був

виявлений незадовільний рівень гігієни. Індекс Green-Vermillion становив: 88% мали добрий показник гігієни, 9%- задовільний стан, у 3% студентів відзначився незадовільний стан. Обстеження тривожності показало, що низька реактивність спостерігалася у 25% осіб, помірна реактивність була характерною для 65 % обстежуваних, а у 10 % - надмірно стривожений стан. При зростанні тривожності відмічається зсув рН у кислому сторону. Так, у стані спокою показник рН у 7,5 мали 6% обстежених, 7,0 - 59 % пацієнтів, у 35% студентів він склав 6,0. Показники ТЕР-тесту свідчать про наступне: 35% студентів володіють високою стійкістю емалі до дії кислот, у 55% - середній ступінь, 10% мали низький рівень резистентності емалі.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про добрий рівень гігієни та високий рівень поширеності карієсу. Реактивність студентів I курсу помірна, а тривожність висока. З метою запобігання розвитку уражень органів ротової порожнини необхідно оптимізувати психоемоційний стан студентів. Дослідження потребує подальшого розвитку і уточнення.

**Summary.** This paper studies the state of students' dental hard tissues as well as their emotional state. The results reveal a high level of hygiene and high level of prevalence of caries. The level of students' anxiety is also high.

## ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДУ ВИГОТОВЛЕННЯ КУКСО-КОРЕНЕВОЇ ВКЛАДКИ З ФАЛЬЦЕМ ТА УСТУПОМ

Локота М.Е., Шекітка М.П., Ухатюк А. С., Вовчок Р. В., Маляр А.В.

Науковий керівник: Асистент Локота Ю.Е., асистент Ізай М.Е.

Стоматологічний факультет, Ужгородський національний університет,  
м. Ужгород, Україна

## IMPROVING MANUFACTURING METHOD OF STUMP-ROOT TABS WITH FOLDED AND SCAPS

M.E. Lokota, M.P. Shykitka, A.S. Uhatyuk, R.V. Vovchok, A.V. Malyar

Scientific leader: Yu.Ye. Lokota, Assistant, M.E. Izay, Assistant

Faculty of Dentistry, Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Повна або часткова втрата жувальної ефективності ротової порожнини може бути обумовлена травмами зубів, неускладненим і ускладненим карієсом, вродженою адентією. Лікування цілісності зубного ряду досягається різними методами, матеріалами і технологіями. Відновлення коронкової частини зуба за допомогою куксової вкладки забезпечує жувальну ефективність зуба. Велике значення має вибір оптимального методу виготовлення куксо-кореневої вкладки при руйнуванні коронкової частини однокореневих і багатокореневих зубів. Вдосконалення методу виготовлення куксо-кореневих вкладок описано М.М. Рожко і В.П. Неспрядько. Авторами пропонувалось використання суцільнолітої кукси з штифтом. При виготовленні даної конструкції використовували різні бори, відбиткові матеріали, золото-платинові, срібно-паладієві, кобальто-нікелеві, кобальто-хромові, кобальто-хром-нікелеві сплави. Пропонувалось моделювання вкладки в ротовій порожнині пацієнта (прямий метод) або на моделі у лабораторії (непрямий метод).

**Мета дослідження.** Розробка нових ефективних методів виготовлення куксо-кореневої вкладки з фальцем та уступом.

**Матеріали і методи дослідження.** На відміну від попередніх методів ми поставили перед собою мету вдосконалити виготовлення куксо-кореневої вкладки. Для цього було розроблено креслення, експериментальні гіпсові моделі та презентації результатів дослідження. У процесі лікування були підготовлені та проліковані канали однокореневих та багатокореневих зубів з послідуочим частковим розпломбуванням каналів на 2/3 довжини кореня та препаруванням фальцу і уступу. Виготовлення даної конструкції проводилось непрямим методом: зняття подвійного відбитку для точного відображення фальцу та каналів, виготовлення моделей з супергіпсу, моделювання пластмасово-воскової конструкції, яка за формою відповідала би кількості каналів у даному зубі. Фальц відображається на внутрішній стороні кореня даного зуба. Уступ моделювали на восковій конструкції. Цю воскову конструкцію замінювали ливарним способом на метал. Відлиту металеву конструкцію обробляли, приміряли на моделі, а в послідуочому в ротовій порожнині і фіксували. Проводили аналіз безпосередніх та віддалених результатів ортопедичного лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Безпосередні і віддалені результати аналізу дозволили відмітити особливості підготовки зубів та виготовлення куксо-кореневої конструкції, що дає можливість використання для відновлення жувальної ефективності зубів із значною втратою твердих тканин коронок і забезпечити її довговічність.

**Висновки.** Вдосконалений метод виготовлення куксо-кореневої вкладки показав свою ефективність в експериментальних та клінічних застосуваннях і може бути рекомендований в широку практику лікаря-ортопеда.

**Summary.** The improved method of producing a stump-root tab proved to be effective in experimental and clinical trials and it may be recommended for an orthopedist to apply it on a regular basis.

АКТИВНІСТЬ ФЕРМЕНТІВ ДЕТОКСИКАЦІЇ КСЕНОБІОТИКІВ В  
ОРГАНІЗМІ ДІТЕЙ ЗІ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Лучинський В.М., Лучинська Ю.І., Болюк Ю.В.

Науковий керівник: Лучинський М. А., професор

Кафедра стоматології ННІ ПО, навчально-науковий інститут  
післядипломної освіти, Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського  
м. Тернопіль, Україна

THE ACTIVITY OF XENOBIOTICS DETOXIFICATION ENZYMES IN  
CHILDREN WITH DENTAL DISEASES

V.M. Luchynskyi, Y.I. Luchynska, Y.V. Boliuk

Scientific leader: M.A. Luchynskyi, Professor

Department of Dentistry of ERI CE, Educational and Research Institute of  
Postgraduate Education, Horbachevsky Ternopil State Medical University,  
Ternopil, Ukraine

**Актуальність теми.** Дитячий організм є високочутливим до несприятливих чинників зовнішнього середовища, а стан здоров'я дитячого населення – найважливіший та чутливий показник, що відображує зміни якості довкілля. В Україні з ряду економічних та технічних причин склалася важка екологічна ситуація, яка у свою чергу викликала екологічно детерміновані захворювання серед дітей. Тому постала негайна потреба розробки методів своєчасної діагностики, лікування та профілактики патології та методів медико-генетичного її прогнозування.

**Мета дослідження.** Вивчити стан системи детоксикації ксенобіотиків у дітей зі стоматологічними захворюваннями, які проживають у несприятливих умовах довкілля.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами проаналізовано рівень активності ферментів алкогольдегідрогенази (ADG), яка бере участь в I фазі біотрансформації ксенобіотиків, та глутатіонтрансферази (GST) й N-ацетилтрансферази (NAT) – ферментів II фази біотрансформацій, у 194 дітей, які проживають в різних екологічних умовах.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз вмісту ADG у сироватці крові оглянутих дітей, залежно від статі та місця проживання, показав, що найнижчі значення зафіксовані у хлопців ( $(0,0043 \pm 0,001)$  мккат/л) та дівчат ( $(0,0068 \pm 0,001)$  мккат/л), які проживали у екологічно несприятливому регіоні і на 55,81 % та 26,47 % були нижчими стосовно відповідних значень у хлопців та дівчат, які проживали у умовно чистому регіоні ( $p < 0,05$ ).

Найнижчий рівень GST у сироватці крові також був зафіксований у хлопців ( $(1,05 \pm 0,08)$  од/мл) та дівчат ( $(1,17 \pm 0,06)$  од/мл), які проживають у забруднених регіонах. У даних осіб вміст GST у сироватці крові був відповідно на 16,19 % та на 16,23 % нижчим, стосовно аналогічних значень у осіб незабруднених регіонів ( $p < 0,01$ ).

Вміст ADG та GST у сироватці крові дітей залежно від наявності стоматологічних захворювань, статі та місця проживання показав, що у хлопців із стоматологічними захворюваннями, які проживають у антропогенно несприятливих регіонах, вміст ADG у сироватці крові був на 90,0 % нижчим, ніж у осіб чоловічої статі без стоматологічних захворювань ( $(0,0030 \pm 0,001)$  проти  $(0,0057 \pm 0,001)$  мккат/л,  $p < 0,05$ ).

У дівчат зі стоматологічними захворюваннями цього ж регіону, вміст ADG у сироватці крові був на 34,48 % нижчим, стосовно аналогічних значень у осіб жіночої статі без стоматологічних захворювань ( $(0,0058 \pm 0,002)$  проти  $(0,0078 \pm 0,002)$  мккат/л,  $p < 0,05$ ) даного регіону.

Аналіз вмісту GST у сироватці крові дітей екологічно несприятливого регіону показав, що у хлопців із стоматологічними захворюваннями рівень ферменту був на 56,09 % менше, ніж у хлопців без патології ( $(0,82 \pm 0,07)$  проти  $(1,28 \pm 0,09)$  од/л,  $p < 0,05$ ). У дівчат даного регіону зі стоматологічними захворюваннями вміст GST у сироватці був на 37,37 % нижчим, ніж у осіб жіночої статі без патології ( $(0,99 \pm 0,06)$  проти  $(1,36 \pm 0,07)$  од/л,  $p < 0,05$ ). Нами також проведено вивчення особливостей розподілу алелів *GSTT10/0* та *GSTM10/0* генотипу, які кодують GST і при яких виробляється функціонально неповноцінний фермент. При аналізі особливостей генотипу дітей, які проживають у регіонах із різним

антропогенним навантаженням статистично достовірних відмінностей не виявлено ні в одній із обстежених груп. У всіх обстежених групах дітей, які мають стоматологічні захворювання, частота алелів генів *GSTT10/0* та *GSTM10/0* була вищою, ніж частота даних алелів у дітей, які не мали стоматологічних захворювань ( $p>0,05$ ). При порівнянні результатів генотипування у дітей із стоматологічними захворюваннями з ЕНР та ЕЧР варто відмітити, що в індивідів першої групи дещо рідше спостерігались носії гомозиготного дикого типу генів, ніж у порівнянні, що має асоціюватись з більш повільним процесом метаболізму ксенобіотиків, а низька активність NAT у дітей із стоматологічними захворюваннями, які проживають у різних умовах довкілля, зумовлює їх низьку здатність до ацетилювання, що є підґрунтям для формування стоматологічної та соматичної захворюваності, яка може поглиблюватись за впливу екопатогенів.

**Висновки.** Таким чином, проведене дослідження активності ферментів, що беруть участь в процесах детоксикації ксенобіотиків, показало зниження активності ADG та рівня GST й NAT у дітей, які проживають у екологічно забруднених регіонах, що є наслідком адекватної реакції організму на масивне поступлення шкідливих чинників довкілля.

**Summary.** The article, based on examination of 194 children living in different environmental conditions, shows the disbalance of the anthropogenic markers, such as decreased activity of ADG and level of GST and NAT in children living in anthropogenic unfavorable regions, especially manifested in individuals with dental diseases.

УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО  
КОМПЛЕКСУ ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ  
ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ  
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ II–III СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

М. Л. Шемелько

Науковий керівник: д.мед.н., професор М. Ю. Антоненко  
Інститут післядипломної освіти, кафедра стоматології,  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
Міністерство Охорони Здоров'я України  
м. Київ, Україна

IMPROVING HEALTH CARE COMPLEX SURGICAL TREATMENT AND  
PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN  
GENERALIZED PERIODONTITIS OF II-III DEGREE OF SEVERITY

M.L. Shemelko, Candidate of Medical Sciences

Scientific leader: M.Yu. Antonenko, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Bohomolets National Medical University, Institute of Postgraduate Education,  
Department of Dentistry, Ministry of Health of Ukraine  
Kyiv, Ukraine

**Актуальність.** Генералізований пародонтит у структурі стоматологічних захворювань займає провідне місце по розповсюдженню серед населення світу та в Україні. Вивчення механізмів розвитку генералізованого пародонтиту має медико-соціальну значимість, так як наслідки цього захворювання значно знижують якість життя. Наявність великої кількості методів лікування генералізованого пародонтиту віддзеркалює спроби дослідників і клініцистів впливати на різні ланки патогенетичного механізму патологічного процесу не завжди дозволяють досягти бажаного результату та повноцінної реабілітації пацієнтів. Таким чином, набуває значення вивчення патогенезу генералізованого пародонтиту у світлі ендокринно - імунної патології обумовленої дефіцитом йоду в організмі та його участі у процесах кісткового ремодулювання. Тільки комплексний підхід і адекватний вибір об'єму терапевтичних, хірургічних і ортопедичних заходів дає можливість отримати позитивні результати лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами проведено клініко-лабораторне дослідження 75 пацієнтів віком від 26 до 55 років з генералізованим пародонтитом II – III ступеня важкості. Залежно від проведеного лікування їх розділили на три групи: контрольну, порівняльну та основну по 25 чоловік у кожній. Всім пацієнтам була показана та проведена, за їх згоди, клаптева операція за модифікованою методикою Кісельова зі збереженням ясенного краю. З вестибулярної поверхні, по краях вибраної для операції ділянки зубного ряду, проводили два вертикальні розтини до перехідної складки та аркадо подібний розтин зі

збереженням сосочків, відшаровували слизово-окісний клапоть, інструментально кюретами Лангера (Hu-Friedy, США) проводили відкритий кюретаж, видаляли зубний камінь, грануляційну та патологічно змінену тканину з кісткових дефектів до здорових тканин, згладжували кісткові виступи альвеолярного відростка та полірували поверхню кореня зуба. Операційну рану періодично промивали розчином антисептика та зупиняли кровотечу. Проводили гінгівопластику папілярно-маргінального краю, подовжували слизовоокісний клапоть горизонтальними розсіканнями окістя скальпелем, який потім мобілізували до пришийкових ділянок зубів (до цементно-емалевої межі зуба), накладали шви ниткою 5/0 Супрамід (Resorba Medical GmbH, Німечина) в кожному міжзубному проміжку та на вертикальні розтини. Операційна ділянка оброблялась розчином антисептика. Після операції здійснювали антисептичну обробку рани. У пацієнтів порівняльної та основної груп інтраопераційно шинували коренів зубів обвивним швом на рівні 1/3–2/3 довжини кореня, синтетичним матеріалом полігліколід (PGA) (Олімп, Україна), це плетений мультифіламент, що розсмоктується через 60 - 90 днів. За цей період відбувається активна остеоінтеграція кістки і зуби стають нерухомими. Безпосередньо після шинування кісткові дефекти заповнювали остеоіндуктивним ксеногенним матеріалом Bio-oss (Geistlich, Швейцарія) у вигляді гранул розміром (0,25–1 мм). Зверху покривали його гемостатичною губкою з амбеном, який має протизапальну, антифібринолітичну та пластичностимулюючу дію. Оперативне втручання завершували аналогічно, так як в контрольній групі. Після закінчення оперативного втручання всім пацієнтам призначали базове медикаментозне лікування, за традиційною схемою лікування, на основі медичних протоколів надання хірургічної допомоги (№ 566, наказ МОЗ України, шифр МКХ – 10: К 05.3). У післяопераційному періоді пацієнтам порівняльної групи профілактично на прооперовану ділянку накладали аплікації з пастою Фітор (час експозиції 10–15 хвилин) та продовжували лікування в домашніх умовах із застосуванням аплікацій двічі на добу протягом 7–14 днів. Пацієнтам основної групи призначали поєднане застосування в передопераційному періоді розчину йодіс–концентрату, перорально по 1 ч.л. – двічі на добу впродовж 6-14 днів. Після проведеного хірургічного втручання проводили зрошення операційної рани та лінії швів розчином спрея йодіс-календули (час експозиції 2-3 хв). В післяопераційному періоді пацієнтам повторно призначали Йодіс – концентрат по 1 ч.л. – двічі на добу протягом 2-3 тижнів та продовжували його прийом через кожні 3 тижні протягом року. В комплексне лікування включали комбінований остеотропний кальцій утримуючий середник

Кальцій-Д<sub>3</sub> Нікомед Кальцій-Д<sub>3</sub> Нікомед по 1 табл. двічі на добу (вранці та ввечері) протягом 1 місяця та повторювали 2–3 курси з перервою 3 тижні.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Проведено аналіз результатів дослідження за показниками динамічної оцінки: параклінічних індексів, обміну йоду в організмі, рівня гормонів щитоподібної залози - Т<sub>3</sub> і Т<sub>4</sub>, маркерів кісткового метаболізму – оксеокальцину та остеопроліну, клітинного та гуморального імунітету, рівня гіпоксії та ПОЛ/АОЗ у різних групах спостереження. В умовах міста Києва, при дослідженні йодного обміну у 100% обстежених з ГП II-III ступеня тяжкості, було виявлено порушення у вигляді йододифіциту (в середньому  $47,71 \pm 4,26$  мкг/л), при нормі (100-200 мкг/л), визначено недостатність функцій щитоподібної залози зі зниженням показників гормонів Т<sub>3</sub> на 55,62 % і Т<sub>4</sub> на 66,67 %, порушенням кісткового метаболізму - ОК на 53,6%, ОПР у 5,5 рази вищим порівняно зі середньостатистичною нормою, посиленою резорбцією кісткової тканини альвеолярного відростка, наявність анемії середнього ступеня, середній вміст первинних продуктів (ПОЛ): на 77,73 % - ДК та на 68,12 % - МДА, визначалось пригнічення ферментативної ланки АОЗ – зниження активності СОД у середньому на 38,2 % та КА на 38,92 % порівняно зі середніми статистичними показниками. У всіх хворих на ГП II-III ступеня тяжкості, на тлі йододефіциту, визначили порушення клітинного та гуморального імунітету у вигляді набутої комбінованої імунної недостатності, яка проявлялась зниженням імунорегуляторного індексу, порушеннями у гуморальній ланці імунітету – зниженням продукції імуноглобулінів, розладами фагоцитарної системи, що обумовлює ризик виникнення ускладнень під час лікування запально-деструктивного характеру, які спостерігалися інтенсивніше у осіб віком 26–35 років та підтверджувалися кореляцією патологічних параклінічних індексів. Клінічно доведена висока ефективність розроблено та патогенетично обґрунтовано удосконалення хірургічного методу у комплексі лікувально-профілактичних заходів, на підставі вивчення ендокринно-імунно-біохімічних змін, у хворих на ГП II-III ступеня тяжкості на тлі йододифіциту, шляхом проведення клаптевої операції за модифікацією Кісельова зі збереженням ясенного краю, інтраопераційного шинування коренів зубів обвивним швом на рівні 1/3–2/3 довжини кореня, синтетичним матеріалом полігліколід, з заповненням кісткових дефектів остеоіндуктивним ксеногенним матеріалом Bio-oss, підтверджена позитивна динаміка у процесах ремоделювання кісткової тканини, забезпечує стабілізацію зубів, скорочення термінів лікування. Одночасно підтверджена висока клінічна ефективність лікувально-профілактичної дії

поєднаного застосування місцево – інтраопераційного зрошення раневої поверхні та лінії розтинів у післяопераційному періоді розчином спрея – йодіс-календули та внутрішньо – використання у медикаментозному супроводі перед- та післяопераційного періоду розчину йодіс-концентрату у комбінації з Кальцій Д<sub>3</sub> Нікомедом, як корегуючої терапії у комплексному лікуванні ГП II-III ступеня тяжкості на тлі йододифіциту, що забезпечує одночасну антиоксидантну, протизапальну, антигіпоксійну дії, зменшує набряк, впливає на всі фази запально-деструктивного процесу, сприяє регуляції метаболізму в тканинах пародонту, сприяло нормалізації йодного балансу, функцій щитоподібної залози та ПОЛ/АОЗ, підвищенню імунорезистентності, зменшенню гіпоксії, покращенню показників метаболізму кісткової тканини та прискорені післяопераційної реабілітації пацієнтів.

**Висновки.** На всіх етапах спостереження підтверджена позитивна динаміка у процесах ремодельовання кісткової тканини, що по-перше зумовлено заповненням кісткових кишень остеопластичним матеріалом Bio-oss, по-друге – застосуванням остеотропного середника Кальцій Д<sub>3</sub>-Нікомед. Недостатнє надходження йоду в організм у хворих з ГП II–III ступеня є причиною порушення імунологічної реактивності організму у більшості обстежених мешканців Києва. Застосування Йодіс – концентрату, як корегувальної та підтримувальної терапії, забезпечує одночасну антиоксидантну, протизапальну, антигіпоксійну дії та зменшує набряк, впливає на всі фази запального процесу, сприяє регуляції метаболізму в тканинах пародонту, що прискорює загоєння операційної рани, послаблює низку негативних місцевих і загальних дій бактеріальних патогенів, укріплює судинну стінку, знижує ендокринну інтоксикацію, покращує регенерацію тканин пародонту, нормалізує йодне забезпечення функції щитовидної залози, сприяє підвищенню імунологічної реактивності організму в прогностичному відношенні відбувалася корекція рівнів гормонів щитовидної залози та прискорює післяопераційну реабілітацію пацієнтів. Аналіз даних, отриманих після проведеного оперативно-хірургічного лікування хворих всіх груп, вказує на поліпшення показників гуморального та клітинного імунітету, однак, цифрові еквіваленти значень відрізняються неординарністю, що пояснюється застосуванням різних лікувальних алгоритмів у пацієнтів з ГП. В результаті проведеного дослідження нами був розроблений та патогенетично обґрунтований діагностично-лікувальний алгоритм надання допомоги хворим на ГП II–III ступеня тяжкості обумовлений ендокринно-іммуно-біохімічними змінами на тлі йододефіциту та впроваджено в практичну діяльність закладів охорони здоров'я

України.(схема 1).

**Summary.** We have evaluated the data reported by the heads of dental surgery departments from ten public district dental clinics of Kyiv which is indicative of a high incidence of periodontal tissue diseases and the need to improve current treatment regimens for patients with GP, hence the relevance of research. To achieve the set goal, 75 patients with generalized periodontitis stage II–III were examined by studying the nature of GP clinical course, biochemical parameters of blood, the immune status, function of the thyroid gland, iodine saturation of the body and condition of the bone tissue. According to the results of our research, splinting roots of mobile teeth with encircling suture at the level length of 1/3–2/3 using polyglycolide synthetic material and filling bone pockets with osteoplastic material Bio-oss allows increasing the effectiveness of surgical treatment of GP patients by stabilizing the teeth, improving the regeneration of the bone tissue. The postoperative use of Jodis – concentrate as corrective, and therapy contributes to avoiding complications in the periodontal tissues, normalizing iodine provision, thyroid function, increasing the immune status and accelerating postoperative rehabilitation of the patients.

The analysis of markers of bone metabolism in GP patients (stage II–III) was included into the main group which used the Bio-oss osteoplastic material and Calcium D<sub>3</sub> Nycomed bone-seeking drug indicative of the positive dynamics of bone remodeling in all phases of observation.

The designed and implemented diagnostic and therapeutic algorithm of pre- and postoperative management in GP stage II–III proved to be effective, safe and accessible in dental practice.

## ЗАСТОСУВАННЯ НАНОКОМПОЗИТНОГО МАТЕРІАЛУ ПРИ МІСЦЕВІЙ ГІПОПЛАЗІЇ ЕМАЛІ

Мікулінська-Рудіч Ю. М., Мись В. О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Назарян Р. С.

Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології, стоматологічний факультет, Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

# APPLICATION OF NANOCOMPOSITE MATERIAL FOR LOCAL ENAMEL HYPOPLASIA

Yu.M. Mikulinska-Rudich, V.O. Mys

Scientific leader: R. S. Nazarian, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Pediatric Dentistry, Pediatric Maxillofacial Surgery and  
Implantology, Faculty of Dentistry, Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine

**Timeliness.** The Filtek Ultimate (3M ESPE) nanocomposite material has the excellent manipulative properties due to the unique patented technology of 3M ESPE nanofillers. These technologies provide better light resistance of the material than microhybrid composite wear resistance that is higher than that of microhybrid material strength to withstand the stresses anterior and posterior teeth groups.

**The objective** of our research is to investigate the effectiveness of the nanofilled composite material for the restoration of anterior teeth with carious lesions.

**Materials and methods.** The patient aged 17 years complaining of the cosmetic front teeth defect and with high aesthetic requirements for the seal for the future. An objective examination revealed the loss of vestibular surface of the 21<sup>st</sup> tooth in form of round-shaped patches of yellowish color. The boundaries of the spots are clear and have smooth surface. The thickness of the enamel in the spots is not changed. Painless probing: The spots dyes do not stain. The impact of thermic irritants does not induce pain. The X-ray examination was conducted, as this form is not detected radiographically. On the basis of the physical examination the patient was diagnosed with a form of speckled enamel hypoplasia of moderate severity and limited turbidity.

We have proposed the possible solutions of this problem:

1. Porcelain veneers: This method of recovery in this case is impossible since the percentage of damaged hard tissues of the tooth is great;
2. Dental crowns are a more reliable way to restore the tooth structure, but while talking about minimal invasiveness, such designs are not quite appropriate;
3. Direct composite restoration: Applying of the modern composite restoration can restore the anatomical shape of the teeth and achieve the desired aesthetic result.

The advantage of direct composite restorations is a reasonable cost, quickness of manufacture and minimal invasiveness in comparison with all-ceramic crowns.

In the course of planning of the restoration we have identified mesiodistal tooth size for the SV Radlinsky biomimetic method and the color of an A2-tooth in accordance with the VITA® scale.

Under the applicative (Benzocaine 20%) and infiltration anesthesia Sol. Ubistesini 4% -1.0 ml held grinding of the affected enamel. The cofferdam was fixed using the clamp for the front teeth. Etching of the dentin cavity was performed for 15 seconds, enamel – for 30 seconds. The washing time was 30 sec. The adhesive Adper Single Bond 2 (3M ESPE) was applied for 15 seconds, drying air stream reapplication adhesive massaging – for 30 seconds, polymerization – for 10 seconds. The sealing was performed using the adhesive technique by light-curing restoration of the Filtek Ultimate layered nanocomposite: Filtek Ultimate Flowable A3, the main filling was Filtek Ultimate A2. To simulate light optical effects that are part of the natural tooth, the flowable Filtek® Ultimate Flowable shade XW was used. The finishing was carried out under the supervision of occlusion copy paper of 8 microns. The polishing was carried out using the abrasive “Sof-Lex” discs, 3M ESPE (vestibular surface) and rubber and silicone heads (palatal surface). The contact surface floss was monitored.

**Results and discussions.** A week and a month after sealing, the physical examination found no violation of fit of the composite, good adhesion to the material hypoplastic enamel during the probe along the border seal / enamel probe slid smoothly without delays, occlusal relationship without violation, preservation of aesthetic properties and the maximum color match of the composite enamel.

**Conclusions.** Based on the results of clinical application of Filtek Ultimate nanofilled composite for the restoration of front teeth with enamel hypoplasia of patchy form, one can conclude about the good aesthetic properties of the material, ease of use, high strength and duration of the wear resistance of the material and durable marginal seal. A series of follow-up visits will determine the long-term results of treatment.

**Summary.** The enamel hypoplasia is the malformation of the enamel of the teeth, which occurs in case of metabolic disorders in the developing teeth under the influence of endogenous and exogenous factors and manifesting changes in the structure and composition of the enamel. The pediatric dentist practice refers such disease to enamel hypoplasia of patients complaining of the cosmetic anterior teeth defect. In this regard, a dentist should offer not only minimally invasive restoration of the structure and form of the enamel affected, but also the most aesthetically pleasing.

In this work we propose to restore the anterior teeth with enamel hypoplasia using Filtek Ultimate (3M ESPE) nanocomposite material, which combines the excellent durability and aesthetic characteristics.

МЕТОДИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ  
КРАЩОГО РЕЗУЛЬТАТУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ УДОСКОНАЛЕНОЇ  
ЛОЖКИ

Палійчук І.В., Локота Ю.С., Палійчук В.І., Локота М.Є., Палійчук М.І.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Локота Є.Ю.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

METHODS TO IMPROVE EFFICIENCY TO ACHIEVE BETTER  
RESULTS WHEN USING SMPROVED

I.V. Paliychuk, Yu.Ye. Lokota, V.I. Paliychuk,

M.E. Lokota, M.I. Paliychuk

Scientific leader: Ye.Yu. Lokota, Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhorod National  
University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** В ортопедичній стоматології широко використовуються інструменти, механізми, пристосування, окремі деталі та комплекси, виготовлені із жорстких матеріалів, таких як метали, металеві сплави, композиційні матеріали та пластмаси. Серед таких виробів особливе значення мають ложки для зняття стоматологічних відбитків як зубних рядів, так і окремих їх ділянок. Більшість стоматологічних ложок мають форму лотка із ручкою, прикріпленою до передньої частини лотка та борти, торці яких в оптимальному варіанті повторюють форму зубного ряду з більшими радіусами кривизни на відповідних ділянках

**Мета дослідження.** У даній роботі є дослідження стоматологічних ложок, розроблення конструкцій, виготовлення та випробування експериментальних зразків стоматологічних ложок як з

метою розширення їх функціональних можливостей, так і для забезпечення раціонального використання відбиткового матеріалу, формулювання рекомендацій щодо подальшого вдосконалення способів та технічних засобів зняття стоматологічних відбитків.

**Матеріали та методи дослідження.** В сучасній стоматологічній практиці для зняття відбитків зубних рядів верхніх щелеп найчастіше використовуються ложки у вигляді лотка з ручкою, основою та бортами. У багатьох відомих технічних рішеннях в бортах та основі виконані отвори, прорізи та виступи, призначені для утримування відбиткової маси. Відомі також стоматологічні ложки із змінними елементами, наприклад, із різновисокими випуклостями або еластичними продовгуватими пластинами. Відомі також стоматологічні ложки, при використуванні яких застосовують вакуумування. В даній роботі експериментальні зразки виготовляли із полі метилметакрилату.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Найбільш доцільним для вирішення поставлених задач є внесення в конструкцію ложки змінних елементів, які є несучими частинами основи. В результаті розрахункових та експериментальних досліджень розроблено конструкцію стоматологічної ложки для зняття відбитків зубного ряду верхньої щелепи, яка передбачає наявність розбірної основи, що складається з двох симетричних елементів та змінного елемента, розташованого між ними. В даній роботі запропоновано внутрішні торці фрагментів основи та торці змінного елемента в передніх частинах виконати прямолінійними. В окремих випадках, коли потрібно використати ложку з більшим кутом між задніми частинами бортів, ніж у базовому варіанті, застосовують змінний елемент без борта, тобто такий, у якому бокові торці передньої частини непаралельні і сходяться в одній точці, яка розташована на передньому краю лотка. Визначають форму і розміри обрисів лінії виступів ложки і з врахуванням геометрії фрагментів ложки вибирають змінний елемент з прямокутною або трапецієвидною передньою частиною і з відповідними розмірами, після чого змінний елемент прикріплюють до одного із фрагментів ложки, переважно з тим, до якого прикріплена ручка. Таким чином, запропонована конструкція забезпечує широкий набір форм та розмірів порожнини ложки при наявності наборів змінних елементів, виготовлення яких забезпечується широко відомими та нескладними засобами.

**Висновки.** Розроблено конструкцію та виготовлено експериментальні зразки стоматологічної ложки для зняття відбитку зубного ряду верхньої щелепи. Запропонована конструкція, яка передбачає використання групи змінних елементів відбиткової ложки, що

значно скорочує процес підготовки технологічного обладнання для ортопедичного лікування, зменшує матеріалосміність наборів ложок та їх елементів а також забезпечує раціональне використання відбиткових матеріалів. Подальші дослідження доцільно здійснювати по вдосконаленню конструкцій відбиткових ложок для зубного ряду нижньої щелепи.

**Summary:** the design was developed and experimental models of dental spoon were elaborated to take the dentition print of the upper jaw. We suggested the design which involves the use of removable elements group of dental spoon which significantly shortens the process of preparing the technological equipment for orthopedic treatment, reduces the material consumption of the sets of spoons and their components as well as ensures a rational use of impression materials. It is expedient to carry out further studies after improving the designs of dental spoons for lower jaw dentition.

АНАЛІЗ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ  
ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ОДОНТОГЕННИМИ ФЛЕГМОНАМИ  
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛІКЛІНІЧНОМУ РІВНІ

С.Ю. Петрецька

Науковий керівник: д.мед.н., проф. В.В. Калій  
Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та  
онкостоматології, стоматологічний факультет, Ужгородський  
національний університет, м. Ужгород, Україна

ANALYSIS OF THE QUALITY OF DIAGNOSIS AND MEDICAL CARE  
PROVIDED TO PATIENTS WITH ODONTOGENIC (DENTAL)  
PHLEGMON OF MAXILLOFACIAL AREA  
ON AN OUTPATIENT BASIS

S.Yu. Petretska

Scientific leader: V.V. Kaliy, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Oncological  
Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhhorod National University  
Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Робота присвячена вивченню, узагальненню і систематизації даних про групу хворих з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки, розробка алгоритму діагностики, обстеження та надання медичної допомоги таким пацієнтам на амбулаторно-поліклінічному рівні. Гнійно-за-пальні захворювання щелепно-лицевої ділянки є однією з актуальних проблем сучасної хірургічної стоматології. По даним літератури одонтогенні флегмони ший складають 60% від всіх гострих одонтогенних процесів. Більшу частину цих хворих складають особи молодого працездатного віку. При цій патології відмічаються високі показники захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. Флегмона щелепно-лицевої ділянки – важке і вкрай небезпечне захворювання. Важкість стану при розлитому запальному процесі зумовлена високою інтоксикацією організму. Високий рівень іннервації щелепно-лицевої ділянки зумовлює різку болючість при розвитку запального інфільтрату. Крім цього, часто порушуються такі важливі функції, як жування, ковтання, дихання. Небезпечність флегмони щелепно-лицевої ділянки зумовлена як близьким розміщенням життєво важливих органів, так і анатомо-топографічними особливостями цієї ділянки, що часто призводить до розповсюдження запального процесу в сусідні відділи організму (середостіння, очниця, парафарінгеальний простір і т.д.). Флегмони щелепно-лицевої ділянки по своїй етіології в основному одонтогенні. Їхній появі частіше передують періодонтит, періостит, остеомієліт, перикоронарит, лімфаденіт та ін..

**Мета дослідження.** проаналізувати якість обстеження та надання медичної допомоги хворим з флегмонами щелепно-лицевої ділянки на амбулаторно-поліклінічному рівні.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами проведений аналіз результатів лікування хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки в ЛОР відділенні ЗОКЛ ім. А. Новака за 2014-2016 рр. Вік пацієнтів коливався від 2 до 73 років. Хворі працездатного віку складають 77%, пенсіонери – 4%, діти – 19%. Чоловіки – 62,5%, жінки – 37,5%. 16% хворих було госпіталізовано по самозверненню в приймальне відділення ЗОКЛ ім. А.Новака, або доставлені машиною ШМД, інші – по направленню районних лікарень або стоматологічних поліклінік. Основним етіологічним чинником виникнення флегмон ший у даних хворих є одонтогенна інфекція. Загострення хронічного періодонтиту – 87%, альвеоліти – 3%, перикоронарити – 7%, травматичний остеомієліт – 3%.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Частіше хворі не зверталися за медичною допомогою або займалися самолікуванням (89%).

У інших випадках – пізня діагностика (7%), консервативне лікування при уже сформованому гнійнику (5%). В районних лікарнях часто радикальне оперативне втручання виконувалося пізно, неадекватне дренивання післяопераційної рани, що в свою чергу призводило до розповсюдження гною на інші клітковинні простори шиї, нераціональне застосування антибіотикотерапії (майже ніколи не проводився посів гною та визначення чутливості збудників до антибіотиків (98%), часто призначалися дози антибіотиків, нижчі терапевтичних, недостатня тривалість курсу антибактеріальної терапії).

**Висновки.** В результаті отриманих даних можемо рекомендувати комплекс заходів для покращення якості діагностично-лікувального процесу хворих з флегмонами щелепно-лицевої ділянки в амбулаторно-поліклінічних закладах:

1. Проведення активної санпросвітньої роботи серед населення.
2. Огляд хворого стоматологом, ЛОР та ін.. спеціалістами.
3. Рентгенологічне обстеження хворого.
4. Радикальна тактика по відношенню до «причинного» зуба.
5. Своєчасне та адекватне дренивання гнійників.
6. Діагностична пункція інфільтрату по показах.
7. Своєчасне скерування хворого на стаціонарне лікування.

**Summary.** Taking into account the data received, we may recommend a range of measures meant to improve the quality of diagnostic and treatment process of patients with phlegmon of the maxillofacial area in outpatient facilities.

1. The active public health education of the population.
2. Examination of a patient by a dentist, ENT specialists and other doctors.
3. X-ray examination of a patient.
4. Radical tactics against the "causal" tooth.
5. Timely and adequate drainage of abscesses in outpatient treatment.
6. Diagnostic puncture infiltrate in shows.
7. Timely referral of patients for hospital treatment.

# ПАРАДИГМА ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ УСТАНОВ НА ЗАСАДАХ ДЕРЖАВНО- ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА

Савчук О.В.

Науковий керівник: д. мед.н., проф. Голубчиков М. В.  
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

## PARADIGM OF OPTIMIZATION OF PUBLIC DENTAL INSTITUTIONS IN THE PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP

O.V. Savchuk

Scientific leader: M.V. Holubchikov, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Shpyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Актуальність теми.** Актуальність обумовлена зростанням рівнів стоматологічної захворюваності населення, згортанням профілактичних заходів, скороченням бюджетного фінансування стоматологічної допомоги та нагальною необхідністю в удосконаленні системи комунальної стоматології як соціальної інфраструктури. Про перспективність використання ДПП у сфері охорони здоров'я свідчить той факт, що у розвинених країнах приблизно 2/3 проектів в цій сфері реалізуються на умовах державно-приватного партнерства. Перший крок до ДПП заклав Закон України «Про державно - приватне партнерство» (від 1.07. 2010 № 2404 VI).

**Мета дослідження.** Обґрунтувати парадигму оптимізації діяльності комунальних стоматологічних установ на засадах державно-приватного партнерства.

**Матеріали та методи дослідження.** Пріоритетні напрями організації державних та комунальних стоматологічних амбулаторно - поліклінічних закладів у нових економічних умовах обґрунтовані на основі системного підходу і системного аналізу із використанням інформаційно-аналітичного методу. Інформаційною базою для їх формування виступили наукові праці фахівців з організації та управління охороною здоров'я та результати власних досліджень.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Для оптимізації системи комунальної стоматології доцільно організувати об'єкт комунальної стоматологічної допомоги на засадах державно-приватного партнерства. Підставою є Закон України від 1 липня 2010 року № 2404 VI «Про державно-приватне партнерство», зі змінами, внесеними згідно із Законами ВР № 5007-VI (5007-17) від 21.06.2012, 16.10.2012. Згідно даного закону, комунальним стоматологічним об'єктом управління може

комунально - приватна стоматологічна поліклініка (КПСП). Вона буде господарсько і юридично самостійним суб'єктом медичної діяльності, який організований на принципах державно - приватного партнерства і працює на договірній основі (довгострокових договорах - замовленнях) з департаментом охорони здоров'я. До структури КПСП входитимуть два відділення - комерційне (працюватиме на платній основі) і соціальне, яке буде надавати допомогу прикріпленому населенню згідно зі статтею 49 Конституції України, статті 35-2 "Основ законодавства України про охорону здоров'я" (із змінами від 07.07.2011.) і стоматологічну допомогу пільговим категоріям населення. Суб'єктами управління об'єктом будуть два партнери: Департамент охорони здоров'я (домінуючий суб'єкт, зберігає контроль над об'єктом і здійснює стратегічне управління, та КПСП як самостійний суб'єкт медичної діяльності. Функції суб'єкта управління будуть наступними: - стратегічне керівництво об'єктом; укладання договорів - замовлень на стоматологічні послуги з об'єктом; системна підтримка об'єкта; прийняття на себе частини ризиків проекту. Мета організації КПСП на засадах державно-приватного партнерства: розмежування інтересів держави і економіки комунальних стоматологічних установ, переведення їх зі сфери суспільного споживання у сферу суспільного відтворення; оптимізація ефективності механізмів виробничої і соціальної інфраструктури установи, спрямована на підвищення якості та доступності стоматологічної допомоги; можливість уникнути, з одного боку, недоліків прямого регулювання держави, а з іншого - "провалів ринку". Механізмом управління об'єктом будуть - державно-приватне партнерство, об'єднання комунальних і приватних інвестицій. Переваги використання державно-приватного партнерства в комунальній стоматології полягають у тому, що воно здійснюється у сфері відповідальності держави; спрямоване на розвиток соціальної інфраструктури; забезпечує приватному інвестору ширші можливості для участі в управлінні проектами, ніж при виконанні державного замовлення; носить довгостроковий характер; забезпечує поділ ризиків проекту між партнерами.

**Висновки.** У статті викладені основні моменти формування парадигми нового системоутворюючого господарського механізму комунального стоматологічного закладу на базі державно-приватного партнерства. Розроблено основи функціонально-організаційної моделі сучасного стоматологічного закладу з новим господарським механізмом, в якому інтегровані два відділення, що функціонують на різних економічних засадах. Організація таких стоматологічних закладів забезпечить реальне планування обсягів стоматологічної допомоги,

матеріально-технічних ресурсів, фінансування і дозволить гарантувати доступну і якісну стоматологічну допомогу населенню.

**Summary.** Public Private Partnership is one of the priorities of forming a new economic mechanism in the communal dental services.

ВПЛИВ ГІПОКІНЕЗІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ЩУРІВ НА  
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕРІОДОНТАЛЬНОЇ ЗВ'ЯЗКИ ЇХ  
ПОТОМСТВА

Слинько Ю.О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Рябоконт Є.М.

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

INFLUENCE OF HYPOKINESIA OF MORPHOFUNCTIONAL STATE ON  
PERIODONTAL LIGAMENT OF PREGNANT RATS POSTERITY

Yu.O. Slynko

Scientific leader: Ye.M. Riabokon, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

**Актуальність теми.** Сьогодні гіпокінезія є одним з найбільш негативних чинників способу життя сучасної людини. Її розповсюдженість та вплив не мають тенденції до зменшення і вже народилися й дорослішають діти, матері яких мали недостатній рівень рухової активності під час вагітності (Volozhin A.I. et al.,2001; Karjalainen S. et al.,2002; Reedeker N. et al.,2010) .У зв'язку з цим існує необхідність у поглибленому вивченні впливу гіпокінезії матерів на стан різних органів і систем їхніх дітей, в тому числі й зубощелепної системи.

**Мета дослідження.** Мета нашої роботи полягає у вивченні особливостей мікроструктури періодонтальної зв'язки експериментальних тварин, матері яких були в стані гіпокінезії під час вагітності.

**Матеріали та методи досліджень.** Було проведено експеримент на 18 щурах лінії WAG, який моделював різний стан рухової активності у вагітних самок. Отримане від самиць потомство було розміщено в

однакових умовах. У віці 3 місяців шурята були виведені з експерименту шляхом декапітації під тіопенталовим наркозом. Експериментальний матеріал було розподілено на дві групи. До контрольної групи (гр. К) було віднесено потомство самиць, які перебували під час періоду виношування в стандартних клітках; до другої групи (гр. ГК) – тварини, у матерів яких моделювали стан гіпокінезії шляхом утримання їх в клітках зі зменшеною площею. Мікропрепарати готували і фарбували загальноприйнятими методами. Також була використана імуногістохімічна реакція на колаген I типу за подвійним методом Кунса (антитіла Thermo scientific, USA scientific, USA). Інтенсивність люмінесцентного світіння пропорційна вмісту колагену I типу й була оцінена в умовних одиницях світіння (ум.од.світ.).

**Результати дослідження та їх обговорення.** У вивчених мікропрепаратах потомства групи К періодонтальна зв'язка добре збереглася після декальцинації, дегідратації, нагрівання у зв'язку з заливкою в парафін. Колагенові волокна зв'язки тонкі, мають трохи звивистий характер, що відповідає її нормальній будові (Дмитриєва Л., 2007). У товщі зв'язки виявлялися клітинні елементи різної форми: круглої, витягнутої, різко сплющеної. Місцями зустрічалися капіляри. У контрольних тварин періодонтальна зв'язка при постановці імуногістохімічної реакції на колаген I типу давала інтенсивне люмінесцентне світіння й дорівнювала  $0,349 \pm 0,012$  ум. од. св. У потомства, виношеного в умовах материнської гіпокінезії (гр. ГК), в мікропрепаратах біля багатьох зубів виявлено сильно пошкоджену в процесі виготовлення мікропрепаратів періодонтальну зв'язку, що опосередковано вказує на її слабкість у порівнянні з контрольними мікропрепаратами. У збережених ділянках волокна періодонтальної зв'язки виглядають прямими, тонкими, більш рідко розташованими. Імуногістохімічне дослідження на колаген I типу підтверджує більш рідке розташування колагенових волокон в періодонтальній зв'язці і свідчить про зменшення вмісту колагену I типу у волокнах у порівнянні з потомством гр.ГК в 1,3 раза ( $0,264 \pm 0,010$  ум.од.світ.,  $P < 0,001$ ). Особливо слід відзначити, що зони руйнування періодонтальної зв'язки в області зубо-ясенного з'єднання приблизно на 1/5 довжини кореня зуба зустрічалися тільки у потомства гр.ГК. Простір між яснами і зубом було заповнено грануляційною тканиною, інфільтрованою макрофагами.

**Висновки.** Перебування самиць шурів в стані експериментальної гіпокінезії обумовлює зміни морфо-функціонального стану періодонтальної зв'язки у їх потомства, що може бути фактором ризику розвитку деструктивно-запальних захворювань тканин пародонта.

**Summary.** This study addresses the influence of hypokinesia in mother's organisms during their pregnancy on the periodontal ligament of their posterity. Degenerative changes of periodontal fibers and decrease of I-type collagen were established, which can be one of the starting points in periodontal tissues disease evolution.

СТРУКТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ  
ЛОКАЛІЗОВАНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН  
ПАРОДОНТА В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Холодняк О. В.

Науковий керівник: к.мед.н, доцент Добровольська М. К.  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

THE STRUCTURE AND THE CLINICAL PROCESS OF LOCAL  
INFLAMMATORY DISEASES OF PERIODONTAL TISSUES IN YOUNG  
PEOPLE

O.V. Kholodnyak

Scientific leader: M.K. Dobrovolska, Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Professor

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** За даними епідеміологічних досліджень поширеність запальних захворювань пародонта має тенденцію до зростання, незважаючи на значні досягнення у пародонтології [Бокая В.Г. та ін., 2000; Хоменко Л.А. та ін., 2006, Годована О.І., 2009]. Значна чутливість структурних компонентів пародонта до дії місцевих пошкоджуючих факторів (наявність зубних відкладень, каріозних уражень зубів у прищійковій ділянці та неякісних реставрацій, нераціонально виготовлених ортодонтичних і ортопедичних конструкції тощо) зумовлюють розвиток обмежених запальних процесів у пародонтальних тканинах [Чумакова Ю.Г., 2008]. Запальні процеси в тканинах пародонта частіше зустрічаються у молодого населення, що, в

подальшому, без адекватного лікування призводить до незворотних змін в структурі альвеолярної кістки. Це обумовлює необхідність розробки нових ефективних лікувальних комплексів, спрямованих на усунення етіопатогенетичних чинників розвитку запальних захворювань тканин пародонта та цілеспрямований вплив на патологічні процеси у зазначених тканинах. На сьогодні проблема профілактики і лікування захворювань пародонта висвітлені у багатьох вітчизняних та зарубіжних дослідженнях. Тому, стратегія профілактики цих захворювань повинна будуватись на концепції факторів ризику та попередження їх розвитку. Проте питання прогнозування, попередження розвитку та лікування захворювань тканин пародонта при дії місцевих пошкоджуючих факторів вивчені недостатньо.

**Мета дослідження.** Вивчення структури та особливостей клінічного перебігу локалізованих запальних захворювань тканин пародонта в осіб молодого віку.

**Матеріали та методи досліджень.** Проведено стоматологічне обстеження студентів I-IV курсів стоматологічного факультету Ужгородського Національного Університету за спрощеною картою ВООЗ (1986). Обстежено 363 особи віком від 19 до 24 років: на I курсі – 96 студентів, на II – 89, на III – 91, на IV – 87. Чоловіків було - 192 (52,89%), жінок - 171 (47,11%).

**Результати дослідження та їх обговорення.** При стоматологічному обстеженні розповсюдженість карієсу зубів становила 100%, інтенсивність за індексом КПВ – 7,05, що співпадало з даними по цьому регіону [Хоменко Л.А. та ін., 1993; Смоляр Н.І., 2011]. Зубощелепні аномалії встановлені у 143 студентів (39,4%): з оцінкою 1 бал – у 102 (28,1%), 2 бали – у 41 (11,3%). Натомість захворювання тканин пародонта діагностовані у 98 обстежених (27%). При цьому спостерігали тенденцію до зниження частоти ураження навкол зубних тканин на старших курсах навчання: на I курсі в 30,21% випадків, на II – в 26,97%, на III – в 26,37%, на IV – в 24,14%. Водночас, поглиблене стоматологічне обстеження 98 пацієнтів із хворобами пародонта виявило, що дизайн даних захворювань на I і II курсі навчання ширше, ніж на III і IV. У студентів на останніх курсах навчання діагностовані хронічний дифузний катаральний гінгівіт, хронічний обмежений катаральний гінгівіт і хронічний локалізований пародонтит початкового-I ступеня, тоді як на I і II курсі, поряд із зазначеними хворобами у поодиноких випадках виявлені гострий дифузний катаральний гінгівіт, набрякову форму гіпертрофічного гінгівіту і хронічний генералізований пародонтит початкового-I ступеня. При цьому в обстежених осіб молодого віку переважали локалізовані запальні ураження тканин пародонта, які встановлені у 76 пацієнтів

(77,55%), що не співпадало з дослідженнями авторів [Косоверов Ю.Е., 2002; Чумакова Ю.Г., 2004]. Звертає на увагу поступове збільшення сумарної відносної кількості пацієнтів з локалізованими запальними захворюваннями пародонта: на I курсі – 58,62%, на II – 70,84%, на III – 91,7%, на IV – 95,24%. Крім того, особливістю структури запальних захворювань пародонта у цієї декретованої групи населення є поступове зменшення частоти хронічного дифузного катарального гінгівіта (з 34,48% на I курсі до 4,76% на IV) та аналогічне збільшення хронічного обмеженого катарального гінгівіта (відповідно з 27,59% до 42,86%) і хронічного локалізованого пародонтита початкового-I ступеня (з 1,03% до 52,38%). На нашу думку це пов'язано з покращенням індивідуальної гігієни ротової порожнини студентів на останніх курсах навчання, як однієї з причин розвитку генералізованих форм захворювань пародонта, і збільшенням місцевих травмуючих чинників (неповноцінні реставрації, неякісно виготовлені ортопедичні та ортодонтичні конструкції, травматична оклюзія, неправильне прикріплення вуздечок губ, язика, шкідливі звички тощо), що призводять до травмування краю ясен, сприяють погіршенню гігієнічного очищення, створюючи умови для накопичення зубної бляшки та ураженню тканин пародонта. При аналізі характеру локального ураження навколозубних тканин встановлено, що в осіб молодого віку частіше розвивається хронічний запальний процес із залученням всього комплексу пародонтальних тканин, рідше – тільки м'яких. Хронічний локалізований пародонтит початкового-I ступеня діагностований у 42 пацієнтів (55,26%), хронічний обмежений катаральний гінгівіт – у 34 (44,74%). Слід відмітити, що клінічна симптоматика запальних захворювань пародонта у молодому віці не відрізнялась від такої, яка описана в джерелах літератури [T.G. Wilson, J.K. Kornman, 2003; Заболотний Т.Д. та ін., 2013]. Основними скаргами, які пред'являли лише 53% пацієнтів з хронічним обмеженим катаральним гінгівітом були неприємні відчуття в яснах (20,6% спостережень) і їх кровоточивість (32,4%), що з'являлись після виникнення каріозного процесу (8,8%), реставрації зубів (29,4%), ортодонтичного (11,8%) та ортопедичного лікування (2,9%). При хронічному локалізованому пародонтиті початкового-I ступеня спостерігали збільшення частоти скарг хворих. При цьому на неприємні відчуття, запах з рота та парестезії ясен скаржились 85,1% пацієнтів, на кровоточивість ясен при чищенні зубів – 42,9%, при прийомі їжі – 38,1%. Тривалість захворювання – від 1 до 2 років, частіше пов'язана з лікуванням карієсу зубів та його ускладнень (52,4%), наявністю зубних відкладень (11,9%), у меншому ступені – з наявністю каріозного процесу (4,8%), ортодонтичним (4,7%) і

ортопедичним лікуванням (4,7%). Практично половина пацієнтів з обох груп не відмітили позитивного ефекту від методів лікування, що здійснювали самостійно, або за рекомендацією лікарів.

Результати об'єктивного клінічного огляду свідчили про локальний характер розповсюдженості хронічного запального процесу в обох групах обстежених. Основними симптомами хронічного обмеженого катарального гінгівіта були: незначний набряк; застійна гіперемія з ціанозом ясенного краю і ясенних сосочків; потовщення і розрихлення та згладження контуру міжзубних ясенних сосочків; зміна ясенного краю; кровоточивість I ступеня у 55,9% обстежених і II – у 23,5%.

Найбільш значимими даними об'єктивного статусу хворих з хронічним локалізованим пародонтитом початкового-I ступеня були: симптоматичний обмежений катаральний гінгівіт з застійною гіперемією, синюшністю і набряком ясен та ясенними валіками (у 100% спостережень); над- і підясенні зубні нашарування (90,5%); пародонтальні кишені глибиною 1,5-2 мм (57,1%) і до 3 мм (42,9%); кровоточивість ясен I і II ступеня (59,5 і 40,5%); локальний остеопороз губчастої речовини міжальвеолярних перетинок і стоншення або резорбція кортикального шару їх верхівок (57,1%) та нерівномірна локальна горизонтальна резорбція альвеолярного відростка у межах 1/4 - 1/3 його висоти (42,9%); порушення епітеліального прикріплення та рецесія ясен (відповідно  $1,138 \pm 0,213$  і  $0,907 \pm 0,128$  мм). Проведений аналіз причин розвитку хронічного обмеженого катарального гінгівіта і хронічного локалізованого пародонтита початкового-I ступеня дає підставу вважати подібність етіологічних механізмів локалізованих уражень тканин пародонта в осіб молодого віку. Основними етіологічними чинниками розвитку хронічного обмеженого катарального гінгівіта були неякісно виконані естетичні реставрації (42,2%), нераціонально виготовлені ортодонтичні конструкції (23,5%), каріозні процеси у пришийковій ділянці зубів (17,7%), мінералізовані та немінералізовані зубні відкладення (14,7%). Серед факторів розвитку хронічного локалізованого пародонтита початкового-I ступеня велику питому вагу складають неповноцінні реставрації (54,8%), зубні відкладення (14,3%) і травматична оклюзія (11,9%). На особливу увагу заслуговує значення неефективного відновлення анатомічної форми зуба при каріозних порожнинах різних класів за Блеком у виникненні локалізованих запальних захворювань тканин пародонта в осіб молодого віку. Як свідчать отримані дані, розвиток хронічного обмеженого катарального гінгівіта у 14 пацієнтів частіше спричинило неякісне відновлення каріозних порожнин II класу за Блеком (в 42,9% спостережень) і V (в 35,7%), рідше – III і IV (відповідно в

14,3 і 7,1%). У спектрі незадовільних реставрацій при хронічному локалізованому пародонтиті початкового-I ступеня переважали II і IV клас за Блеком (відповідно 60,9 і 17,4%). Неякісно виконані реставрації III і V класу у низці причин ураження усього комплексу навколозубних тканин склали відповідно 13 і 8,7%.

**Висновки.** Підсумковуючи результати аналізу місцевих пошкоджуючих факторів у виникненні локалізованих запальних захворювань тканин пародонта в осіб молодого віку слід відмітити, що неефективне лікування стоматологічних захворювань складає 67,6% при хронічному обмеженому катаральному гінгівіті і 64,2% – при хронічному локалізованому пародонтиті початкового-I ступеня, що свідчить про необхідність звернути увагу лікарів-стоматологів на «ятрогенний» характер даних хвороб.

**Summary.** When summarizing the results of the analysis of local damaging factors causing local inflammatory diseases of periodontal tissues in young age, it should be noted that an ineffective treatment of dental diseases is 67.6% limited chronic catarrhal gingivitis and 64.2% - chronic localized periodontitis and entry-level, indicating the need for dentists to pay attention to "iatrogenic" nature of these diseases.

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЕМ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ ТА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Хтей М., Суховолець І.

Науковий керівник: канд. мед. н., доц. Суховолець І.О.

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,  
м. Тернопіль, Україна

## INTERRELATION BETWEEN THE LEVEL OF DENTAL AWARENESS AND ORAL CAVITY HEALTH LEVEL

M. Khtei, I. Sukhovolets

Scientific leader: I.O. Sukhovolets, Candidate of Medical Sciences, Assistant  
Professor

**Timeliness.** The modern development of science and technology contributes to the increased quality of dental care and solving of complex problems which have been still unsolved. All this requires a good modern appropriate awareness of a patient as for oral hygiene, because without this it is impossible to achieve the desired result of the treatment and keep it for the future. Being aware of the modern hygiene and having the information as a result of professional activities, dentists sometimes are mistakenly convinced that their patients have this knowledge, especially due to the large amount of advertising and promotion of oral health in the media. However, in practice the situation is somewhat different.

**The objective** of our study was to investigate the dental informational education of second and third year students from the various universities and its impact on the hygiene condition and oral health.

**Materials and methods.** The dental examination, oral examination, survey, hygienic indexes determination and oral hygiene lesson for 74 students of different schools and faculties were performed. The participants were divided into 2 groups. The first group consisted of the students of Faculty of Dentistry and the second group consisted of the students from other faculties and universities.

**Results and discussions.** The results show that 94% of students from the first group and only 44% of students from the second group were aware of the methods of oral hygiene control as one of the most important method to prevent tooth decay and other oral diseases. It also impresses that only 58% of students of the second group were aware of the existence of additional implements of oral hygiene, different from toothpaste and toothbrush, while the mouthwash is the most popular among other additional tools with 72% of votes. There was revealed that 87% of students from the first group use additional implements of oral hygiene. There was found that the flosses were used only by 12% of students in the second group while half of them do it irregularly, and even up to 74% of students of the same group didn't even know how to use flosses. There was found during the study that only about 35% of the second group of students got an oral hygiene lesson from their dentists. 94% of the participants of the second group expressed a desire to learn about the additional implements of oral care.

**Conclusions.** Thus, we may conclude that an access to information in the media, television and advertising market does not provide enough knowledge for the patients but rather create information noise and promotes the

distrust to the new hygiene implements, making the impression of a usual market manipulation. Therefore, dentists should pay much more attention to the problem of hygiene education, dedicating to it at least as much time as to treatment. It will provide the critically new higher level of the oral diseases prevention.

АЛЬТЕРНАТИВА ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ.  
АКТУАЛЬНІСТЬ ГЕМІСЕКЦІЇ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ  
Цифра Л.В.

Науковий керівник:, д.мед.н, проф.. Потапчук А.М.  
Кафедра стоматології післядипломної освіти, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет,  
м.Ужгород, Україна

THE ALTERNATIVE OF DENTAL IMPLANTATION. HEMISECTION  
RELEVANCE IN PROSTHODONTICS

L.V. Tsyfra

Scientific leader: A.M. Potapchuk, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Dental Postgraduate Education, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod

**Актуальність теми.** Тенденції сучасної стоматології диктують свої правила вибору плану лікування . І дентальна імплантація поступово витісняє перевірені часом методи , в тому числі гемісекцію. Першочерговим завданням лікаря-стоматолога є дотримання в своїй практиці принципу біодоцільності. Гемісекція дозволяє використовувати збережений корінь як опору для незмінного ортопедичного протеза і являється альтернативним зубозберігаючим методом.

**Мета дослідження.** Метою дослідження було вивчення особливостей комплексного (хірургічного та терапевтичного) підходу в підготовці кореня для повноцінного і довгострокового результату.

**Матеріали та методи дослідження.** Наукове дослідження проведено на клінічній базі Мукачівської Центральної районної лікарні. В групу досліджуваних увійшли пацієнти , направлені на екстракцію молярів по причині локалізованого пародонтита середнього ступеня

важкості за умов інтактності одного з коренів. Період спостереження за динамікою процесу у пацієнтів складав 6 місяці з моменту остаточного ортопедичного лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Радикальне хірургічне лікування, а саме видалення другого та третього молярів (в 90 % пацієнтів досліджуваної групи), буде сприяти формуванню одностороннього кінцевого дефекта у людей середнього віку. В свою чергу відсутність опори у зубів антагоністів призведе до формування феномена Попова-Годона, до дисфункції СНЩС. Тому план лікування передбачає збереження неуражених коренів другого та третього молярів відповідної щелепи за допомогою гемісекції. Перед гемісекцією проведене комплексне ендодонтичне лікування кореневих каналів. Через три місяці після операції досліджувані скарги не мали. Слизова оболонка в області оперативного втручання без проявів запального процесу. На контрольній ортопантограмі виявлено відновлення кісткового малюнка в області видалених коренів. Дані клінічного та рентгенологічного обстеження стали основою для планування ортопедичного лікування. Під час планових контрольних оглядів після закінчення ортопедичного лікування скарги не відмічалось, об'єктивно опорні корені міцні, стійкі, слизова оболонка без ознак запального процесу. На рентгенологічних знімках видна однорідність кісткового малюнка в області видалених коренів.

**Висновки.** Аналіз даних клінічних досліджень доводить доцільність гемісекції як методу запобігання формуванню кінцевого дефекта зубних рядів з метою наступного ортопедичного лікування незнімними конструкціями на опорних збережених коренях. Це дає неоціненну можливість пацієнтам з обмеженим фінансовим статусом відстрочити ортопедичне лікування знімними протезами.

**Summary.** The trends of modern dentistry dictate their own rules for choosing a treatment plan. Dental implantation gradually replaces the time-proved methods, including hemisection. The most important task of a dentist is to comply with the bio-suitability principle in their practice. Hemisection allows using the stored root as support for the permanent prosthesis and is an alternative tooth-preserved method. The analysis of data from clinical studies proves the feasibility of hemisection as method of preventing the formation of finite dental defects for further orthopedic treatment of non-removable structures at the base of stored roots. This provides an opportunity for patients with limited financial status to postpone prosthodontic treatment based on removable dentures.

АНАЛІЗ ВИБОРУ КОНСТРУКЦІЇ НЕЗНІМНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ  
КОНСТРУКЦІЙ ВКЛЮЧЕНИХ ДЕФЕКТІВ В БОКОВИХ ДІЛЯНКАХ  
Ю.Ю.Гецько

Науковий керівник – д.м.н., проф. Є.Я.Костенко  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна  
ANALYZING THE CHOICE OF DESIGN OF FIXED ORTHOPEDIC  
CONSTRUCTIONS OF INCLUDED DEFECTS IN THE SIDE AREAS  
Yu.Yu. Hetsko

Scientific leader: Ye.Ya. Kostenko, Doctor of Medical Sciences, Professor  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** На сьогодні, впевнено можна сказати, що стоматологія в Україні пройшла серйозний еволюційний розвиток. Як відомо, ще донедавна при втраті бодай одного зуба, для того, щоб його замінити потрібно було відпрепарувати (обточити) два сусідні здорові зуба і виготовити мостоподібний протез тим самим значно вкоротивши їм віку. Зараз це все уже в минулому, адже із розвитком імплантології в Україні та світі є можливість замінити втрачений зуб без шкоди для сусідніх. В даній роботі розглянуто декілька видів незнімних ортопедичних конструкцій.

**Мета дослідження.** Метою дослідження було виділення всіх переваг та недоліків незнімних ортопедичних конструкцій та узагальнення вимог пацієнтів щодо виду ортопедичної конструкції.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами була проведена вибірка 40 людей віком 21-40 років. Гендерний поділ: жінки – 24 та чоловіки – 16. Всі пацієнти вибірки мали включений дефект одного зуба в боковій ділянці. Лікування проводилося на базі Ужгородської стоматологічної поліклініки УжНУ. Було складено план лікування. Плани лікування були узгодженні з пацієнтами.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Із запропонованих планів лікування було проведено 5 імплантацій (12.5 % від загальної кількості), виготовлено та зацементовано 16 мостоподібних протезів протяжністю три одиниці (40% від загальної кількості), виготовлено та зацементовано 19 адгезивних мостоподібних протезів на оклюзійних лапках (47,5 % від загальної кількості).

**Висновки.** В ході нашого дослідження було виявлено що більшість пацієнтів враховуючи ряд обставин таких як: ціновий аспект, малоінвазивне препарування, відсутність хірургічних втручань

(імплантація та кісткова пластика) надали перевагу адгезивному мостоподібному протезу на оклюзійних лапках при тому що до їхнього відома було доведено всі недоліки даної конструкції (недовговічність даного типу конструкції, середній термін експлуатації 3-5 років, ризик виникнення вторинного карієсу в ділянці переходу емалі та опорних елементів, атрофією кістки в ділянці проміжної частини). Пацієнти, які надали перевагу мостоподібному протезу відмовилися від імплантації (ціновий аспект та відмова від будь-яких хірургічних втручань). Пацієнти які були запротезовані на імплантах надали перевагу даному виду конструкції через те що: не потрібно препарувати сусідні зуби та довговічність конструкції.

**Summary.** Our study sought to determine the majority of patients given a number of circumstances such as: price, minimally invasive preparation, absence of surgeries (implantation and bone grafting) – who preferred adhesive prosthetic appliances on occlusal quotes but that to their knowledge had brought all the shortcomings this design (fragility of this type of construction, the average life of 3-5 years, the risk of secondary caries enamel in the area of transition and support elements, atrophy of bone in the area of intermediate). Patients preferred prosthetic appliances, having refused the implants owing to the price and the rejection of any surgery). Patients with prosthetic implants have preferred this type of construction because of there was no need to prepare the adjacent teeth and durability.