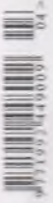


НОВИНИ СТОМАТОЛОГІЇ

ТЕМА НОМЕРА

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ  
СТОМАТОЛОГІЇ



# НДС

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

№ 4 (85) 2015

ВСЕ,  
що потрібно знати  
про гігієну та  
профілактику



1/6 ТРОПІК 3  
2018

партнер рубрики:



докладніше на с. 34





#### ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

- 61 Григ Н.І. Обґрунтування застосування еферентної терапії у терапевтичній стоматології
- 68 Медвідь Ю.О. Досвід клінічного застосування плазми, збагаченої факторами росту (PRGF®-Endoret®) у косметичній корекції обличчя
- 71 Гуменюк М.І., Яшина Л.О., Мазур І.П., Ігнат'єва В.І., Матвієнко Ю.О., Харченко-Севрюкова Г.С. Особливості пародонтологічного статусу та місцевого імунітету порожнини рота у пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень
- 79 Дубровна Л.В. Порівняльна оцінка впливу фітосубстанції плодів перцю стручкового на перебіг асептичного запалення м'яких тканин порожнини рота щурів

#### ОРТОДОНТІЯ

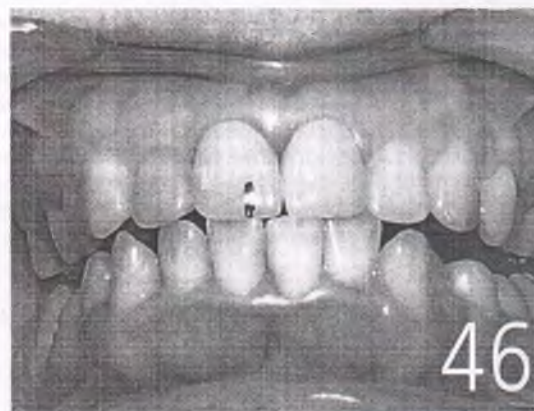
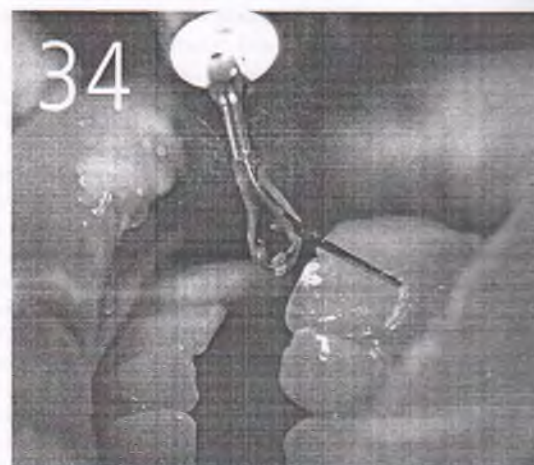
- 84 Лихота К.М. Вивчення впливу індивідуальних міофункціональних апаратів на стан гігієни порожнини рота

#### СТОМАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ

- 88 Гавриленко М.А. Ефективність надання комплексної стоматологічної допомоги дітям з особливими потребами. Клінічний випадок

#### КОНГРЕСИ ВИСТАВКИ СЕМІНАРИ

- 92 XIII Міжнародна стоматологічна виставка «Дентал®-Україна» 2015 та Стоматологічний форум
- 94 Ісаков В. Конгрес стоматологів та зубних техніків LABFORUM 5
- 96 Угрин М.М., Павленко О.В. Реформа стоматології – концепції та пріоритети
- 98 Матеріали 3 Національного українського стоматологічного конгресу





значали дезінтоксикаційну, місцеву і загальну антибактеріальну, проти-запальну терапію. Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб. Кількісне визначення IL-17 у сироватці крові хворих і групи порівняння проводили за імуноферментним аналізом із застосуванням набору реагентів для IL-17 («Diasclone», Франція), до оперативного втручання, на 5 і 9 добу. Результати: У хворих до хірургічного втручання відзначили високий рівень прозапального цитокіну, що свідчить про високу активність Т-хелперів. У 11 (57,8%) хворих рівень IL-17 достовірно перевищував контрольні показники в 3 рази ( $165,3 \pm 62,4$  пкг/мл), у 8 (42,1%) хворих достовірно перевищував контрольні показники в 4,5 рази ( $248,3 \pm 26,0$  пкг/мл). На 5-ту добу у 7 хворих (36,8%) рівень IL-17 знизився у 1,4 рази ( $117,4 \pm 23,2$  пкг/мл), у 6 (31,6%) – знизився у 2 рази ( $111,23 \pm 16,5$  пкг/мл), у 6 (31,6%) – залишався на попередньому рівні. На 9-ту добу відмічено зменшення активності запалення та, відповідно продукцію IL-17 ( $96,5 \pm 21,4$  пкг/мл) у 12 (63,1%) хворих, у 4 (21%) хворих рівень IL-17 був стабільним ( $106,8 \pm 26,54$  пкг/мл), у 6 (31,6%) хворих рівень IL-17 ( $142,2 \pm 46,2$  пкг/мл) залишався високим, що може свідчити про розвиток ускладнень. Висновки: Доведено зв'язок між характером клінічного перебігу флегмон дна порожнини рота і рівнем концентрації IL-17 у сироватці крові. У хворих з ризиком розвитку ускладнень спостерігається надмірне продукування вміст IL-17 протягом дев'яти діб, що вимагає призначення індивідуального комплексного лікування. Перевагою цього методу є більш рання діагностика розвитку ускладнень при флегмонах дна порожнини рота.

### Досвід надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям добровольчої бригади

*Матрос-Таранець І.М., д.мед.н., проф., медична служба бригади «Азов»*  
Значну увагу в доповіді акцентовано на особливостях організації медичної допомоги особовому складу бригади спеціального призначення, яка виконує свої обов'язки на півдні Донецької області. Значна кількість захисників потребує стоматологічної допомоги. Висвітлені складності в організації стоматологічної допомоги в специфічних умовах ведення бойових дій. Розглянуті питання надання медичної допомоги військовослужбовцям з вогнепальними пораненнями на догоспітальних рівнях. Важливе значення має тісна співпраця зі стоматологічними закладами м. Маріуполя (як приватними, так і державними) та медичною службою Збройних Сил України і інших силових структур. Складною залишається проблема постачання витратного медичного майна, матеріалів та інструментів.

### Стоматологічний статус дітей м. Ужгорода

*Мельник В.С., к.мед.н., Горзов Л.Ф.*  
*Ужгородський національний університет*

Мета: Вивчити поширеність та інтенсивність карієсу зубів, стан тканин пародонта та гігієни порожнини рота у дітей м. Ужгорода. Методи: Провели епідеміологічне обстеження дітей віком 6, 12 та 15 років. У кожній віковій групі обстежили 30 хлопчиків і 30 дівчаток. Огляд порожнини рота проводили у Клініці дитячої дентальної гігієни стоматологічного факультету Ужгородського національного університету, з використанням набору стоматологічного інструментарію, заповнювали картки ВООЗ. Всього обстежили 470 дітей. Результати: Показник поширеності карієсу зубів у дітей віком 6 і 12 років майже однаковий (74%), у школярів віком 15 років – на 12% вищий ( $86,2 \pm 1,58\%$ ). Поширеність карієсу зубів у дітей всіх вікових груп оцінили як високу. У кожної 6-річної дитини  $4,75 \pm 0,04$  тимчасових і  $0,08 \pm 0,001$  постійних зубів уражені карієсом. У 12-річних школярів інтенсивність карієсу зубів за індексом кп+КПВ становила  $4,7 \pm 0,05$ , з них  $4,5 \pm 0,04$  – постійні зуби, уражені карієсом. До 15-річного віку показник інтенсивності карієсу зубів дітей збільшився на 1,5 (в середньому  $6,2 \pm 0,06$  постійних зуба). У всіх дітей індивідуальний показник ураження карієсом визначили як високий. Вивчення показників стану гігієни порожнини рота у дітей цих вікових груп показало наявність м'яких і твердих відкладень на зубах, що свідчить про неналежне їх чищення. Середній показник індексу ОНІ-S у дітей у віком 6 років становив  $1,27 \pm 0,01$ , у 12- і 15-річних –  $1,42 \pm 0,01$

і  $1,2 \pm 0,03$ , що оцінили як задовільну гігієну порожнини рота. Стан тканин пародонта вивчали з використанням комплексного пародонтального індексу. Встановили, що у дітей віком 12 і 15 років цей показник становив  $1,1 \pm 0,01$  та  $0,98 \pm 0,02$ , що свідчить про ймовірність виникнення захворювання. Висновки: У дітей віком 6, 12 і 15 років м. Ужгорода спостерігали значну поширеність та інтенсивність карієсу зубів, задовільну гігієну порожнини рота, а також ризик розвитку захворювань тканин пародонта.

### Дослідження адгезії брекетів до поверхні зубів з початковим карієсом

*Мірчук Б.М., д.мед.н., проф., Денга А.Е., к.мед.н.*  
*Одеський національний медичний університет*

Мета: Підвищити адгезію брекетів до поверхні емалі зубів з початковим карієсом під час ортодонтичного лікування незнімними апаратами. Методи: Проведено на розривній машині згідно з ОСТ 4ГО.054.267 механічні дослідження на відрив металевих і керамічних брекетів від поверхні каріозних зубів, які були видалені за ортодонтичними показаннями, при загальноприйнятій методиці їх фіксації і при попередній обробці поверхні зуба фотополімером ICON. Відрив кожного брекета проводився 10 разів при швидкості динамічного навантаження 50 г/с. Інфільтрацію емалі проводили з використанням набору Icon-vestibular. Емаль протравлювали гелем 15% соляної кислоти протягом 2 хв., потім промивали водою – 30 с., висушували повітрям і змочували етанолом на 30 с. Сушу висушену поверхню зуба покривали Icon-Infiltrant на 3 хвилини. Після видалення залишків матеріал засвічували протягом 40 с. Оброблену поверхню зуба повторно змочували Icon-Infiltrant і засвічували 1 хв. Результати: Відрив металевих брекетів від поверхні каріозних зубів, які попередньо не обробляли препаратом ICON, спостерігався при напруженні  $372,3 \pm 7,2$  он г/мм<sup>2</sup>, причому, у двох випадках виявлено відрив фіксуючого композиту від поверхні зубів. Відрив металевих брекетів від поверхні зубів, оброблених ICON, відбувся при напруженні  $435,8 \pm 7,1$  он г/мм<sup>2</sup> і у всіх випадках фіксуючий композит залишався на поверхні зубів. Дослідження адгезії керамічних брекетів показало, що відрив брекетів від поверхні каріозних зубів, які попередньо не обробляли препаратом ICON відбувся при напруженні  $510,3 \pm 6,8$  он г/мм<sup>2</sup>, а від поверхні зубів, оброблених ICON – при напруженні  $693,8 \pm 8,5$  он г/мм<sup>2</sup>. У трьох випадках на зубах, не покритих ICON, спостерігався відрив фіксуючого матеріалу, тоді як на поверхні зубів, оброблених ICON, у всіх випадках композит залишався на поверхні емалі. Висновки: Інфільтрація поверхні каріозних зубів фотополімером ICON забезпечує кращу адгезію брекетів і при дебондингу фіксуючий матеріал залишається на зубах, не пошкоджуючи їх поверхню.

### Стоматологічний статус дітей, хворих на цукровий діабет типу 1

*Мороз А.В.*  
*ВДНЗУ «Буковинського державного медичного університету», Чернівці*

Мета: Вивчити клінічні аспекти стоматологічних захворювань у дітей із цукровим діабетом (ЦД) типу 1. Методи: Встановлено, що при різних формах ЦД визначаються різні порушення структури твердих тканин зубів, тканин пародонта та зміни біохімічного складу ротової рідини. Для вирішення поставленої мети було обстежено 24 дитини, віком 11-14 років, хворих на ЦД типу 1 (група І). Групу порівняння склали 25 соматично здорових дітей того самого віку. Верифікація діагнозу проводилася на основі скарг, даних анамнезу, об'єктивного обстеження, визначення клінічних індексів і проб (ОІН-S, РМА, кровоточивості, проби Шиллера-Писарева), деяких біохімічних показників (рівень кальцію, фосфору, активність ферменту лужної фосфатази) у ротовій рідині. Результати: Проведені нами дослідження засвідчують незадовільну гігієну порожнини рота у дітей основної групи. Поширеність карієсу в цього контингенту становила 87,5% при інтенсивності ураження 5,17. Некаріозні ураження зустрічалися з частотою 41,67% випадків, зубощелепні аномалії – 62,5%. У струк-



тури захворюваності переважають запальні процеси у формі хронічного катарального гінгівіту легкого та середнього ступеня тяжкості. Проба Шиллера-Писарева була позитивна в усіх обстежених дітей основної групи. Середнє значення індексу РМА становило 27,34%. У проведених біохімічних дослідженнях встановлено значне зростання рівня неорганічного кальцію; помірне збільшення рівня неорганічного фосфору; збільшення активності лужної фосфатази. Висновки: Одержані результати дають підстави дійти висновку про необхідність обов'язкової стоматологічної допомоги дітям, хворим на цукровий діабет, з перспективою розробки адаптованих профілактичних програм для них.

## Навантаження у губчастій кістці скронево-нижньощелепного суглоба

*Москаленко П.О., к.мед.н.*

*Медичний інститут Сумського державного університету*

Мета: Вивчити навантаження у губчастій кістці скронево-нижньощелепного суглоба при різній висоті горбка. Методи: Математичне моделювання провели методом кінцевих елементів на моделі скронево-нижньощелепного суглоба у сагітальній площині. Для побудови математичної моделі за модуль пружності субхондральної кістки брали значення  $E_s=6890$  МПа, губчастої —  $E_g=689$  МПа. Компактну і губчасту кістки та суглобовий хрящ вважали однорідними. Товщина компактної кістки — від 2 мм і вище, стабільна товщина хряща — 2 мм. Контакт між суглобовими хрящами западини і голівки забезпечили з використанням 5 контактних елементів. Розрахунок виконали у двох варіантах: при середній та незначній висоті суглобового горбка. Голівку нижньої щелепи в обох варіантах встановлювали відповідно до норми. Результати: При зменшенні висоти горбка ділянка навантаження у губчастій кістці значно поширюється (в 1,75 раза). При вищих за фізіологічні навантаженнях, подальше їх зростання може спричинити резорбцію кісткової тканини навколо верхівки горбка та нестабільність решти компонентів суглоба. Висновки: Висота суглобового горбка скронево-нижньощелепного суглоба має важливе значення у перерозподілі навантажень і захищає губчасту кістку від високих навантажень.

## Роль стоматологічного кабінету військового мобільного госпіталю в наданні допомоги військовослужбовцям з пораненнями та захворюваннями щелепно-лицевої ділянки в зоні проведення бойових дій на сході України

*Орловський В., 59-й військовий мобільний госпіталь*

Проведено аналіз річної роботи начальника стоматологічного кабінету військового мобільного госпіталю. Одному лікарю-стоматологу доводилося надавати кваліфіковану хірургічну допомогу пацієнтам зі щелепно-лицевими пораненнями та вести амбулаторний терапевтичний і хірургічний стоматологічний прийом як військових, так і цивільного населення. Працювати доводиться в умовах дуже високої стоматологічної захворюваності військовослужбовців. Вказано структуру стоматологічних захворювань та показники роботи стоматологічного кабінету. Важливою є тісна співпраця з волонтерськими організаціями, що забезпечила постійне безперебійне оснащення стоматологічного кабінету витратними матеріалами та інструментами.

## Сучасний підхід у діагностиці захворювань тканин пародонта

*Остаповський О.С., Коленко Ю.Г., к.мед.н., доц.*

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця*

Мета: Підвищення ефективності діагностики захворювань м'яких тканин порожнини рота за допомогою внутрішньоротової сонографії. Методи: Провели діагностику 5 пацієнтів із захворюваннями м'яких тканин порожнини рота за методикою внутрішньоротової

сонографії. Результати: Внутрішньоротова сонографія дозволила якісніше дослідити наявність, розміри новоутворень, їхні контури, наявність капсули, ехогенність та ехоструктуру новоутворення, відсутність чи наявність кровообігу в його проекції; зміни навколишніх тканин: наявність чи відсутність інфільтраційних змін (поширення, ступінь вираженості), якісні та кількісні зміни васкуляризаційних характеристик. За допомогою внутрішньоротової сонографії з використанням доплерографічних методик вивчено стан кровотоку м'яких тканин порожнини рота і язика у виявлених новоутвореннях та прилеглих тканин. Доповнено ультразвукову семіотику основних захворювань м'яких тканин порожнини рота. Висновки: Внутрішньоротова сонографія повинна бути методом вибору для первинної діагностики та динамічного контролю захворювань тканин порожнини рота, адже більш інформативна та ергономічно цінна для лікаря-стоматолога.

## Застосування флюктуоризації після видалення ретенуваних третіх молярів

*Патерега Н.І., магістрант*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Мета: Вивчити ефективність флюктуоризації після атипичного видалення ретенуваних верхніх тимчасових молярів у перші дні післяопераційного періоду. Методи: Спостереження проводили за 15 пацієнтами (16–27 років), яким за ортодонтичними показаннями атипично видалили непрорізані верхні тимчасові моляри. До основної групи увійшло 7 пацієнтів, до контрольної — 8, яким видалили 22 ретенуваних верхніх тимчасових молярів. Пацієнтам основної групи, із наступної після операції доби упродовж 3 діб, проводили флюктуоризацію набряклих м'яких тканин приладом низькочастотної електротерапії Радиус-01 (Білорусь). Критерії ефективності лікування: інтенсивність болю, розмір набряку м'яких тканин, товщина щоки, ступінь відкриття рота та локальна термометрія. Результати: На 3 добу після операції у пацієнтів основної групи не було больових відчуттів, набряк м'яких тканин і товщина щоки зрівнялися зі здоровою стороною. Покращилось відкриття рота до  $3,2 \pm 0,2$  см (у контрольній групі —  $2,6 \pm 0,1$  см). Локальна термометрія становила  $36,1^\circ \text{C}$  (у контрольній групі —  $36,5^\circ \text{C}$ ). Висновки: Застосована у перші 3 доби після операції атипичного видалення ретенуваних верхніх тимчасових молярів флюктуоризація суттєво покращує якість життя пацієнтів у ранній післяопераційний період завдяки зменшенню проявів запальної реакції.

## Ефективність застосування удосконаленої конструкції металокерамічної коронки для лікування і профілактики гальванозу

*Перепелова Т.В., Силенко Ю.І., д.мед.н., проф., Хребтор М.В. к.мед.н., доц. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтаво*

Мета: Вдосконалення ортопедичних методів лікування і профілактики гальванозу шляхом використання металокерамічної коронки запропонованої конструкції. Методи: Запропонована конструкція металокерамічної коронки складається із суцільнолитого металевого каркаса з нанесеним на нього облицювальним шаром. Край металевого каркаса розміщують віддалено від краю уступу на 1-1,5 мм, облицювальний керамічний шар виконують на ширину уступу, повністю заміщуючи метал у ділянці уступу. Таким чином металевий каркас ізольований від контакту із ротовою рідиною, що запобігає виникненню гальванічних струмів. Проведено обстеження 48 пацієнтів віком 45–65 років, яким після зняття металевих конструкцій виготовили металокерамічні конструкції від 4 до 6 одиниць. Пацієнтам 1 групи (24 особи) за стандартною технологією, пацієнтам 2 групи (24 особи) за запропонованим способом. При обстеженні враховували суб'єктивну симптоматику, проводили вимірювання біопотенціалів порожнини рота біопотенціометром БПМ-03, рН-метрію проводили з використанням рН-метра. Результати: Після проведення ортопедичного лікування в 1 групі спостерігали наявність клініч-