

Аветіков¹ Г.Д., Титаренко² В.І., Титаренко² Ю.Б.

Полтавській державний медичний університет¹, КП «Полтавський
обласний центр стоматології – стоматологічна клінічна поліклініка²»
м.Полтава, Україна

ВИДИ ДИЗАЙНУ РОЗРІЗУ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЛИБИНИ ЗАЛЯГАННЯ РЕТЕНОВАНИХ МЕЗІАЛЬНОНАХИЛЕНИХ НИЖНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ

Видалення ретенованих нижніх третіх молярів із мезіальним нахилом є однією з найпоширеніших і водночас технічно складних маніпуляцій у практиці щелепно-лицевого хірурга. Такі клінічні випадки характеризуються варіативністю анатомічного розташування зуба, складністю доступу до дистальної поверхні другого моляра, необхідністю остеотомії, ризиком ушкодження нижньощелепного каналу та підвищеною ймовірністю розвитку ускладнень як у ранньому, так і у пізньому післяопераційному періоді.

Метою даного дослідження є визначення дизайну розрізу в залежності від клінічної ситуації при проведенні операції видалення мезіальнонахилених ретенованих мезіальнонахилених нижніх третіх молярів (МРТНМ).

Методи: для збору клінічних даних було проведено 60 операцій видалення МРТНМ на базі Комунальне підприємство "Полтавський обласний центр стоматології - стоматологічна клінічна поліклініка" Полтавської обласної ради.

Результати: Одним із ключових елементів підготовчого етапу хірургічного втручання є планування дизайну розрізу, що має враховувати як топографію ретенованого зуба, так і передбачувану складність операції. Одним із визначальних факторів, що впливає на вибір форми розрізу, є глибина залягання зуба, яку доцільно класифікувати згідно з критеріями

Пелла і Грегорі. У разі поверхневого розташування ретенаного моляра (положення А), найбільш доцільним є застосування прямолінійного маргінального розрізу з дистальним розширенням. Такий тип розрізу забезпечує мінімальну травматизацію тканин, зменшує ризик післяопераційного набряку, водночас дозволяючи створити обмежений доступ до коронки зуба, без потреби у значній остеотомії, що знижує напруження в ділянці кортикальної пластинки. При середній глибині залягання (положення В). У таких випадках доцільно застосовувати трапецієподібний розріз з одним або двома вертикальними релаксаційними елементами. Такий дизайн дозволяє не лише підвищити мобільність слизово-окісного клаптя, але й покращити візуалізацію області втручання, що особливо важливо під час проведення остеотомії на дистальній і букальній поверхні щелепи. При проведенні операції бажано створення борозенки у кортикальній пластинці для введення елеватора, що дозволяє рівномірно розподілити напруження та знизити ризик мікропереломів у ділянці прикріплення м'язів. Глибоке залягання ретенаного моляра (положення С). У таких випадках рекомендовано використовувати Y-подібний розріз або розщеплений клапоть (split-flap), що дозволяє максимально розширити доступ до операційного поля та запобігти надмірному натягу тканин. Формування такого клаптя передбачає наявність дистального та вестибулярного релаксаційних розрізів, що забезпечує повну мобілізацію клаптя. Створення борозенки глибиною до половини діаметра інструмента істотно знижує максимальні значення еквівалентного напруження у зоні спірання. Такий підхід дозволяє знизити ризик виникнення тріщин у кістці, пошкодження періодонту та нижньощелепного нерва. Застосування різних типів розрізів в залежності від глибини залягання дозволяє адаптувати хірургічний підхід до індивідуальних анатомічних особливостей пацієнта.

Висновок: оптимізація дизайну розрізу до глибини залягання мезіальнонахиленого ретенуваного нижнього третього моляра є важливою умовою ефективного та малотравматичного хірургічного втручання. Врахування біомеханічних чинників та просторової анатомії дозволяє хірургу забезпечити раціональний доступ, попередити інтраопераційні ускладнення та покращити результати післяопераційної реабілітації пацієнта.

Буханченко О.П., Бойко І.В., Хатту В.В., Лупачова К.Є.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

КОМПЛЕКСНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМИ РУБЦЯМИ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ

Актуальність розробки питання підвищення якості діагностики у хворих із рубцями обличчя не викликає сумнівів. Це пояснюється підвищенням естетичних вимогам суспільства до зовнішнього вигляду людини, значною частотою виникнення патологічних рубців, недостатньо ефективним їх лікуванням, можливими рецидивами. Крім того, формування патологічних рубців у щелепно-лицевій ділянці не тільки супроводжується наявністю таких симптомів, як біль, печіння, парестезії, свербіж, контрактура, але й розташовуючись на відкритих ділянках тіла, рубці можуть стати причиною серйозних психоемоційних розладів та інтеркурентних захворювань психосоматичного характеру.

Біопсійна діагностика дозволяє верифікувати діагноз, однак отримання біоптатів до початку лікування утруднена, так як може стати причиною надмірного росту рубця. Відомий також спосіб оцінювання стану рубцевозмінених тканин за допомогою спіральної комп'ютерної томографії. Проте даний метод є недостатньо ефективним в клінічній практиці через наявність суттєвих недоліків.

Мета дослідження – вдосконалення обстеження пацієнтів із рубцями голови та шиї завдяки встановленню структурно-функціональних особливостей рубцево-змінених тканин на основі ультразвукових досліджень.

Об'єкти та методи обстеження. Під нашим спостереженням знаходилось 74 пацієнти з рубцями голови та шиї, у яких терміни розвитку рубцевої тканини становили від 5 місяців до 1,5 років. Клінічне вивчення загальних характеристик рубця доповнювалось додатковим аналізом структурних особливостей рубцевозмінених тканин за допомогою ультразвукового дослідження апаратом Simens ACUSON CV 70 (фірми Сіменс, Німеччина) з частотою датчика 20-40 МГц. При цьому оцінювали

товщину рубців, ступінь диференціювання, ехогенність, особливість архітекτονіки шарів шкіри, їх однорідність на пошкодженій ділянці. За норму брали симетричну інтактну ділянку шкіри.

Результати обстеження. Пацієнти, які перебувають під нашим наглядом, в якості основної скарги вказували на косметичний дефект внаслідок наявності рубця в області обличчя і ший. Крім того, 32 пацієнта скаржилися також на біль різної інтенсивності, печіння, свербіж, оніміння і відчуття «бігання мурашок» в області рубцезозмінених тканин.

В ході ультразвукового дослідження у всіх пацієнтів було виявлено потовщення рубцевої тканини у порівнянні з нормальною шкірою. При цьому було встановлено, що при нормотрофічному рубці власне рубцева зона ехографічно практично не відрізняється від здорової дерми.

Рубцева тканина при гіпертрофічному рубці значно більше потовщена, ніж це спостерігається у випадку утворення нормотрофічного рубця. Структура рубцевої зони гетерогенна, сполучнотканинні волокна розподілені нерівномірно. Крім того, визначаються зони зниженої ехогенності з відносно чіткими рівними контурами. Звертає на себе увагу той факт, що межі між рубцезозміненою і нормальною шкірою чіткі.

У осіб з келоїдними рубцями власне зона рубця характеризується значно більш вираженим потовщенням дерми, ніж у гіпертрофічних рубцях, а також нерівномірністю її товщини і ехогенності з переважанням ділянок зниженої ехощільності без чіткого структурного диференціювання. Келоїдний рубець також характеризується відсутністю чітких меж між рубцевою і нормальною тканинами.

Висновки. Ультразвукове дослідження рубців щелепно-лицевої ділянки є ефективним методом неінвазивної диференціальної діагностики рубців голови та ший, що дозволяє оцінювати в динаміці зміни у рубцезозмінених тканинах. Позитивним ефектом запропонованої методики є швидкість, доступність, простота використання та велика достовірність отриманих результатів.

Волошина Л.І., Скікевич М.Г., Яценко П.І., Наурзбеков Б.А.

Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна

СТАН ОСІБИСТІСНОЇ ТА СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СНЩС З РІЗНИМ ХРОНОБІОЛОГІЧНИМ ТИПОМ

Усі громадяни України сьогодні живуть, працюють та навчаються у надзвичайно важких умовах війни з РФ. Кожен з понад 1100 днів війни лунають тривоги, вибухи, обстріли, а за їх відсутності – не полишають хвилювання за долю країни, за долю рідних і близьких, душі яких обпалила війна, що сприяє переходу психоемоційного напруження не лише у виражений хронічний стрес, а й до серйозних порушень ментального здоров'я. Вивчення цих проблем дасть розуміння того, як їх подолати, тому що у певних випадках їх вирішення вимагає не лише психологічної підтримки, а й активного втручання відповідних спеціалістів (психотерапевти, психіатри) тощо.

Найскладнішим суглобом в організмі людини є скроневопідщелепний суглоб (СНЩС) не лише за анатомофізіологічними ознаками, а й для діагностики та лікування. Для уточнення діагнозу слід ретельно проаналізувати дані анамнезу захворювання та життя, клінічні прояви, які дуже різноманітні. Враховуючи мультифакторність захворювань СНЩС необхідно сумлінно дослідити нейромускулярні взаємодії, анатомічну ланку, наявність психологічної складової тощо.

Метою нашої роботи було вивчення рівня тривожності (ситуативної та особистісної) та визначення хронобіологічного типу пацієнтів із захворюваннями СНЩС.

Матеріали та методи: для досягнення поставленої мети ми використовували опитувальник Ч.Спілбергера для визначення рівня

особистісної та ситуативної тривожності, а для вивчення приналежності людини до певного хронобіологічного типу – тест О.Остберга в модифікації С.І.Степанової.

У дослідженні взяли участь 74 пацієнти з патологією СНЩС та 10 осіб – контрольна група. Результати дослідження оброблено методом варіаційної статистики на персональному комп'ютері з визначенням достовірності відмінностей між значеннями досліджуваних показників, а також методом кореляції з використанням пакету програм Statistica та електронних таблиць Excel 2010.

Результати дослідження. Нами обстежено 74 особи у віці від 22 до 63 років, серед яких переважали жінки (56, 9%).

Встановлено, що високий рівень особистісної та ситуативної тривожності мали 19 пацієнтів (у контрольній групі – 0), середній рівень – 42 пацієнт (у контрольній групі – 9), низький – 13 пацієнтів (у контрольній групі – 1) .

Переважає кількість пацієнтів мала асинхронний хронобіологічний тип (73%), більш за все вечірній тип (17%), виражений вечірній тип (7%) та більш за все вранішній тип (3%) .

Висновки. Більшість обстежених мали помірну особистісну та ситуативну тривожність (37,5+1,3 балів) й тривалий перебіг захворювання СНЩС. Пацієнти з високим рівнем особистісної та ситуативної тривожності (47,6+1,2) мали більш важкий перебіг захворювання СНЩС і для виключення невротичних станів були скеровані до сімейного лікаря з рекомендацією консультації лікаря-невролога. Пацієнти з низьким рівнем особистісної та ситуативної тривожності (23,9+1,3 балів) більш за все володіють практикою витиснення тривожного стану, або мають високу стресостійкість. Кореляційних зв'язків між хронобіологічним типом особистості та рівнем тривожності нами не встановлено, що спонукає нас до подальших досліджень

Гаврильєв В.М., Яценко І.В., Паламарчук Л.А., Цимбалюк А.П.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

ГІПЕРМОБІЛЬНІСТЬ СУГЛОБОВОЇ ГОЛОВКИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ, ЯК ОДИН З ПРОЯВІВ М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЯ

Проблема діагностики, лікування, а особливо реабілітації пацієнтів з симптомами м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) знаходиться в прямій залежності від розуміння процесів їх виникнення. При виборі методу лікування лікарі, як правило, звертають увагу на локальні прояви дисфункції: надмірне відкривання рота, болі і звукові явища в області СНЩС та ін., що при проведенні лікувальних заходів зазвичай не дає бажаного результату. Це пов'язано з тим, що при цьому не враховуються особливості функціональних і морфологічних порушень в окремих компонентах СНЩС і прилеглих до нього анатомічних утвореннях.

В основі формування анатомо-функціональних порушень в СНЩС лежать порушення біомеханіки всього жувального апарату. Так само як структурно-просторова невідповідність суглобових поверхонь (дисконгруентність), зміна осьових співвідношень гілки нижньої щелепи і суглобової ямки, атрофічні дефекти і пошкодження суглобового горбка, неповноцінна пасивна стабілізація суглобової головки в суглобовій западині в результаті зміни механічних властивостей капсули і зв'язкового апарату, недостатність активної стабілізації суглобової головки і суглобового диска за рахунок порушень м'язової відповіді (м'язові дисфункції).

У механізмах розвитку гіпермобільності головки СНЩС крім дискоординаторних порушень функціонування жувальних м'язів необхідно

враховувати подібні порушення з боку м'язів шиї, сфенобазілярного синхондрозу і фізіологічної рухливості скроневої кістки.

Метою нашої роботи була розробка комплексної методики лікування суглобової головки СНЩС в залежності від ступеня її гіпермобільності.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 62 пацієнтів з явищами гіпермобільності головки нижньої щелепи. Жінок було 51, чоловіків - 11. Вік хворих був від 30 до 40 років.. За результатами клінічного-лабораторних досліджень СНЩС нами виділені три ступені гіпермобільності: легка (17 пацієнтів), помірно виражена (26 пацієнтів), значна (19 пацієнтів).

Результати дослідження. При легкому ступені гіпермобільності СНЩС нами здійснювалася ручна репозиція суглобових головок при широко відкритому роті пацієнта. При цьому відновлювалася функція оклюзії та усувалася дисфункція жувальних м'язів. Після чого призначався щадний режим у вигляді обмеження відкривання рота протягом тижня, масаж жувальних та скроневих м'язів. У випадках больового симптому призначали електрофорез ділянок СНЩС розчинами новокаїну або лідокаїну.

При помірній гіпермобільності, нами проводилася ручна репозиція головок СНЩС, використовувався вібраційний масаж жувальних, скроневих та м'язів шиї, м'язів шиї. Для усунення функціональних блоків в сегментах шийного відділу хребта, використовувалась мануальна терапія. Щадний режим для жувальних м'язів протягом 2 тижнів. Позитивний ефект мало застосування флюктуючих струмів на ділянку суглоба.

При значному ступені гіпермобільності суглобових головок крім описаного вище лікувального комплексу, ми додатково використовували м'яку краніальну тракцію кутів нижньої щелепи і каудальною тракцією нижньої щелепи при закритому роті пацієнта. На завершальному етапі

лікування цієї групи хворих застосовували прийоми лікувальної фізкультури, які чергували з електростимуляцією флюктуючими струмами.

При наявності у хворих вираженою гіпермобільності тільки однієї суглобової головки, в лікувальний комплекс входило використання накусочної центруючої капи.

Висновки. Аналіз віддалених результатів лікування наших пацієнтів через рік показав, що у 87,2% пацієнтів з легким ступенем, у 85,4% - з помірною і у 78,5% - зі значною гіпермобільністю суглобових головок, проведений лікувальний комплекс виявився ефективним, рецидиви захворювання спостерігались тільки у 7,2% пацієнтів.

Даценко М.А.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

ВПЛИВ ОСТЕОТРОПНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ НА ОСТЕОІНТЕГРАЦІЮ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОПОРОЗОМ

Остеопороз є системною метаболічною патологією кісткової тканини, яка супроводжується зниженням її щільності та архітектурної цілісності, що може негативно впливати на остеοінтеграцію дентальних імплантатів та збільшувати ризик імплантаційних ускладнень. Сучасні наукові дослідження свідчать про перспективність застосування остеотропної фармакотерапії для підвищення якості кісткового матриксу та покращення процесу інтеграції імплантатів у пацієнтів з остеопорозом. Однак, питання ефективності такого підходу залишається дискусійним і потребує подальшого наукового обґрунтування на основі клініко-функціонального моніторингу.

Мета дослідження – оцінити ефективність та доцільність застосування остеотропної фармакотерапії задля покращення результатів остеοінтеграції дентальних імплантатів у пацієнтів з остеопорозом, шляхом аналізу клінічних та функціональних показників.

Матеріали та методи дослідження. Оцінка стабільності дентальних імплантів (ДІ) була проведена у 40 пацієнтів з остеопорозом, серед яких: 25 пацієнтів (основна група) – отримували запропонований нами комплекс остеотропних препаратів в поєднанні з озонотерапією за для курації остеопоротичних явищ, та 15 хворих (порівняльна група) – яким фармакологічна та фізіотерапевтична корекція не проводилась. Результати отриманих досліджень порівнювали з даними у 15 пацієнтів (контрольна група) з нормальною мінеральною щільністю кісткової тканини (МЩКТ), яким була проведена дентальна імплантація. Пацієнтам усіх 3 груп була

проведена імплантація по класичній двох-етапній методиці, у ході якої були встановлені внутрішньокісткові дентальні імпланти «Ankylos» (Denstply Sirona).

Для оцінки ефективності проведеного лікування у віддаленні терміни (після протезування) використовували наступні критерії: «добрий» – відсутність скарг, задоволення пацієнта проведеним лікуванням, незмінена (блідо-рожева) слизова оболонка, стабільність імпланта, відсутність запалення та переімплантної ясенної кишені, ортопедична конструкція у задовільному стані; «задовільний» – відсутність скарг, стабільний імплант, блідо-рожева слизова оболонка, можливий незначний набряк, переімплантна ясенна кишеня до 1,5 мм, відсутність грануляційної тканини, можливий мінімальний наліт; «незадовільний» – наявність скарг, рухомість імпланта, болісність, гіперемія або набряк слизової оболонки, м'який наліт у ділянці шийки імпланта, незадоволеність пацієнта результатом лікування.

Для визначення стабільності імплантатів проводили частотно-резонансний аналіз за методом N. Meredith (1997), за допомогою приладу «Ostell Mentor».

Результати дослідження. У результаті проведених досліджень встановлено, що у пацієнтів всіх груп дослідження, безпосередньо після протезування, критерію «добрий» стан імпланту відповідало біля 80 імплантів (81,63 %). Водночас, у осіб з нормальною МЩКТ (контрольна група), даному критерію відповідало 93,10 % пристроїв та 88,10 % імплантів у осіб з остеопорозом І (основної групи), у яких проводилась курація остеопоротичних явищ за допомогою запропонованого нами лікувального комплексу. При цьому, у пацієнтів ІІ (порівняльної) групи, які не отримували комплексних заходів, скерованих на покращення стабільності імплантів та нормалізацію стану кісткової тканини, критерію «добрий» стан відповідало 59,26 % імплантів, щоб було менше у 1,5 рази та у 1,6 рази ніж у осіб І та ІІІ груп, відповідно. У той же час, критерію «задовільний» стан відповідало 12

імплантів (12,24 %), з перевалюванням ДІ у II (порівняльній) групі – 22,22 %, щоб було вище ніж у I та III групах – у 2,3 рази та у 3,2 рази, відповідно. У даний термін дослідження з оцінкою «незадовільний» стан було дезінтегровано: 1 імплант (2,38 %) у I групі та 5 пристроїв (18,52 %) – у II групі. У осіб з нормальною МЩКТ III групи у даний термін дослідження відторгнутих імплантів не спостерігалось.

Вивчення коефіцієнту стабільності імплантів (ISQ) показало, що безпосередньо після протезування, у осіб II групи, у яких явища остеопорозу не курувались, значення ISQ на верхній щелепі було у 1,3 рази та у 1,5 рази нижче порівняно з відповідними даними у осіб I групи, у яких застосовувалась запропонована нами лікувальна методика, скерована на покращення структурно-функціонального стану кісткової тканини (СФСКТ) задля стабільності імплантів, та у пацієнтів III групи з нормальною МЩКТ, відповідно, $p, p_1 < 0,05$. Значення ISQ на нижній щелепі у даний термін дослідження характеризувалось мінімальними значеннями у хворих II групи ($60,28 \pm 3,33$ %), що було нижче: у 1,3 рази – у I та у III групах, $p < 0,05$, $p_1 < 0,01$.

Висновки. Отже, проведені клінічно-функціональні дослідження доводять, ефективність та доцільність застосування загальної остеотропної терапії в поєднанні з озонотерапією для покращення стабільності імплантів у пацієнтів з остеопорозом, що підтверджувалося клінічними критеріями оцінки ефективності проведення дентальної імплантації та високою стабільністю імплантів за індексом ISQ у порівнянні з відповідними значеннями осіб з остеопорозом, яким не проводився комплекс лікувальних заходів, скерований на покращення СФСКТ задля стабільності імплантів.

Янішен І.В., Кричка Н.В., Куліш С.А.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ- СТОМАТОЛОГІВ

Вступ. Підготовка медичних кадрів є основною вимогою до викладачів вищих медичних закладів у період реформування медичної освіти в Україні. Підвищення конкурентоздатності молодих спеціалістів в умовах сучасного ринку праці є важливим завданням.

Професійна підготовка майбутніх лікарів-стоматологів може сприяти досягненню цієї мети, оскільки вона спрямована не лише на отримання теоретичних знань, але й на розвиток клінічного мислення у студентів та опанування новітніх стоматологічних технологій. Так, вивчення багатьох предметів в медичних університетах часто пов'язане з відсутністю можливості відпрацювання практичних навичок на реальних пацієнтах. Це може становити серйозну проблему для студентів, оскільки практичний досвід є важливою складовою професійної підготовки в медичній сфері. Дана проблема дійсно набуває особливої актуальності, оскільки сучасна правова система забороняє студентам медичних вузів проводити інвазійні лікувальні маніпуляції. При цьому з кожним днем збільшується кількість пацієнтів, які відмовляються від участі студентів в будь-яких маніпуляціях на різних етапах обстеження та лікування.

Класична організація учбового процесу надає студентам лише теоретичні знання, які можуть бути недостатніми для вирішення складних клінічних завдань при роботі з пацієнтами. Вивчення теоретичних знань без можливості моделювання клінічних ситуацій не ефективно у процесі навчання майбутніх лікарів-стоматологів.

Впровадження сучасних інтерактивних методів у навчальний процес, дасть змогу вирішити дану проблему. Сучасна медицина дійсно пропонує широкий спектр методів діагностики та лікування, тому важливо, щоб викладачі вищих навчальних закладів допомагали студентам поетапно та систематизовано формувати клінічне професійне мислення. Це допоможе майбутнім медичним працівникам розвивати критичне мислення та вміння приймати обґрунтовані рішення в клінічній ситуації.

Якість підготовки молодих спеціалістів справді залежить від багатьох чинників, зокрема професіоналізму викладача, його творчого підходу до процесу викладання та використання новітніх технологій. Форма та методи викладання також мають велике значення у формуванні знань та навичок студентів. Студентів на етапі додипломної освіти можна мотивувати до поглибленого вивчення етіології, патогенезу, методів діагностики та лікування стоматологічних захворювань, наголошуючи на важливості цих знань для успішної практичної діяльності в майбутньому. Вони зможуть отримати унікальні навички, які допоможуть їм впровадити сучасні методи та технології в практичній діяльності.

Основне завдання викладачів полягає в налагодженні контакту між студентами та пацієнтами, студентами та родичами пацієнтів, а також студентами та спеціалістами вузького профілю. При обиранні методики викладання матеріалу у вищих навчальних закладах важливо враховувати рівень теоретичних знань студентів та їх мотивацію. Сучасний підхід до підготовки майбутніх спеціалістів базується на використанні різних методів навчання, таких як "мозковий штурм", "дискусія", "кейс-метод", "ділова гра", тестування, самостійна робота та інші. Дані методи спрямовані на ефективне засвоєння знань, їх систематизацію, формування вмінь та навичок. Метод "Ділової гри" є чудовим способом привернути увагу студентів і сприяє закріпленню їхніх теоретичних знань шляхом моделювання клінічної ситуації. Цей інтерактивний підхід дозволяє

студентам отримати практичний досвід, використовуючи їхні знання в реальних ситуаціях. Інтерактивні методи ділової гри включають в себе тісну взаємодію між викладачем і студентом, поєднання колективної роботи з індивідуальною, підвищену емоційність під час проведення занять, а також поетапне засвоєння навчального матеріалу та вплив на різні аспекти ситуації на етапах моделювання гри. "Ділова гра" - це форма взаємодії у форматі групової діяльності, під час якої учасники, виконуючи різні ролі, спільно знаходять шлях до вирішення певної ситуації. Методика

"Ділової гри" передбачає, що основним завданням викладача є правильне розподілення ролей між студентами з урахуванням їх міжособистісних стосунків в академічній групі. Під час проведення гри всі учасники повинні дотримуватись правових аспектів поведінки лікаря з пацієнтом, етичних правил і деонтології, а також чітко виконувати послідовність дій під час діагностики та лікування.

Висновки.

1. Застосування інтерактивних методів у навчально-виховному процесі сприяло розкриттю творчих здібностей студентів, відпрацюванню вмінь та практичних навичок в умовах, наближених до сучасної стоматологічної практики, а також стимулювало розвиток клінічного мислення.
2. Використання методу "Ділової гри" в навчальний процес призвело до збільшення засвоєння матеріалу на 19,8%. Даний підхід також дозволив залучити до навчального процесу студентів, які зазвичай виявляють пасивну позицію.
3. "Ділова гра" може відігравати важливу роль у підвищенні якості клінічної підготовки майбутніх лікарів-стоматологів в умовах реформування сучасної системи охорони здоров'я.

Лісецька І.С.

Івано-Франківський національний медичний університет

Івано-Франківськ, Україна

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ, ЩО ПАЛЯТЬ У ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ.

Метою дослідження було вивчити результати клінічної ефективності застосування запропонованого комплексного лікування катарального гінгівіту в осіб підліткового та юнацького віку, що палять у віддалені терміни.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було вивчено зміни в тканинах пародонту відразу після лікування та у віддалені терміни в 114 осіб підліткового та юнацького віку від 15 до 24 років, яких було розділено на групи: у I групу включили 26 осіб, що палять традиційні сигарети; у II групу – 22 особи, що палять електронні сигарети (Вейпи); у III групу – 23 особи, що регулярно використовують пристрої для нагрівання тютюну (IQOSи); у IV групу – 43 особи, без шкідливої звички паління. В залежності від застосованої схеми лікування запальних захворювань тканин пародонту, учасники спостереження в кожній групі були розподілені на дві підгрупи – основну (підгрупа А) та порівняння (підгрупа Б). Пацієнти обох підгруп отримували однакову базову терапію. Пацієнти підгрупи А застосовували запропоноване комплексне лікування: загально – per os «Квертин», «Супервіт» та «БіоГая Продентіс»; місцево – «Стомолік» і «Холісал». Пацієнти підгрупи Б отримували терапію за загальноприйнятим протоколом лікування даного захворювання. Клінічне обстеження осіб підліткового та юнацького віку здійснювали за загальноприйнятою методикою за рекомендаціями ВООЗ.

Результати. Усі учасники спостереження відмічали добре самопочуття, ні в кого з них не виникало побічної дії та ускладнень від застосованих лікарських середників. Ефективність лікування в осіб, що отримували запропоноване комплексне лікування в середньому становило 98,4 %, проти 90,2 % у пацієнтів, яким проводили лікування за загально прийнятим протоколом. У більшості

хворих А підгруп в середньому вже після 3-4-го відвідування зникали ознаки гінгівіту. Хворі Б підгрупи, відмічали такі ж зміни, але вони наставали дещо пізніше, в середньому на 5-6-е відвідування. Термін лікування залежав від наявності, шкідливої звички та інтенсивності патологічного процесу в тканинах пародонту. Для вивчення клінічної ефективності запропонованого комплексного лікування захворювань тканин пародонту та порівняння результатів терапії із загально прийнятим протоколом у віддалені терміни було проведено повторне обстеження з аналогічним комплексом обстеження, як до та після лікування. Звертали увагу на розподіл пацієнтів за критеріями, такими як «нормалізація», «покращення», «прогресування». Через 6 місяців у пацієнтів А підгруп переважає стан «нормалізації» тканин пародонту, а саме відсутні скарги, клінічні ознаки запалення в тканинах пародонту, ніж стан «покращення», що характеризується відсутністю запального процесу в яснах, наближення до норми показників додаткових досліджень. У пацієнтів Б підгруп також більше зареєстрували «нормалізацію» стану тканин пародонту, ніж «покращення», однак кількість осіб із «покращенням» менше, ніж у пацієнтів А підгруп. Крім того, серед учасників дослідження, що отримували терапію за загально прийнятим протоколом зареєстровано «прогресування» запального процесу в тканинах пародонта, відсутність терапевтичного ефекту.

Висновки. Застосування розробленого комплексного лікування спрямованого на різні ланки патогенезу захворювань тканин пародонту та включав місцеві заходи і загальну терапію катарального гінгівіту, дозволило значно покращити стан тканин пародонту. Він сприяє настанню позитивної динаміки та стабільних змін у тканинах пародонту в більш ранні терміни, що підтверджується позитивною динамікою змін показників індексів, кращі результати у віддалені терміни лікування, що підтверджено результатами клінічного спостереження та індексної оцінки.

Рябоконь Є.М.¹, Рябоконь Р.Є.²

¹ Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
м. Харків, Україна

² Харківський національний медичний університет, м. Харків,
Україна

125 РОКІВ ХАРКІВСЬКІЙ ЗУБОЛІКАРСЬКІЙ ШКОЛИ В.Я. ДУБОВСЬКОГО

У вересні 1900 року в Харкові було відкрито другу зуболікарську школу. До цього в місті працювала одна зуболікарська школа, засновником якої був доктор С.А. Немировський. Засновником новоствореної, другої школи був зубний лікар Володимир Якович Дубовський. Відкриття нового навчального закладу стало важливою подією в розвитку стоматологічної освіти в Харкові.

Для вступу до зуболікарської школи необхідні були такі документи: свідоцтво про закінчення не менш ніж 6 класів середнього навчального закладу, метричне свідоцтво та свідоцтво від губернатора за місцем проживання про відсутність перешкод для вступу до зуболікарської школи. До навчального закладу приймали осіб обох статей.

Заяви подавалися на ім'я В.Я. Дубовського за адресою: м. Харків, Сумська вулиця, будинок № 4.

Друга харківська зуболікарська школа розміщувалася в будинку Кулакова, на розі Сумської вулиці та Інструментального провулку (Сумська вулиця, будинок № 2).

У газетній рекламі місцевої преси зазначалося, що викладачами Імператорського Харківського університету читаються такі предмети: хімія, фізика, анатомія, фізіологія, гістологія, загальна і приватна патологія, загальна і приватна хірургія, фармакологія, діагностика, зубні хвороби та протезна техніка.

У перший 1900-1901 навчальний рік викладачем хімії був ординарний професор Імператорського Харківського університету І.П. Осипов, фізику викладав лаборант при метеорологічній станції Харківського університету Д.К. Педаєв, гістологію та фізіологію – приват-доцент Харківського університету, доктор медицини С.І. Костін, анатомію – приват-доцент Харківського університету Ю.Р. Пенський, фармакологію та рецептуру – доктор медицини Я.Я. Постоев, загальну і приватну хірургію – приват-доцент Харківського університету, доктор медицини М.М. Кузнєцов, а протезне зуболікування – засновник школи, зубний лікар В.Я. Дубовський.

Клінічними заняттями керували лікар І.С. Вайсборд, лікар Ф.І. Рибакський і зубний лікар М.М. Мамутова.

Заняття з протезної техніки проводили зубний лікар В.Я. Дубовський та його помічник – зубний технік із Німеччини Г. Бук. Хірургічні операції здійснював приват-доцент Імператорського Харківського університету М.М. Кузнєцов, а видалення зубів із застосуванням наркозу проходило під керівництвом лікарів І.С. Вайсборда та Ф.І. Рибакського.

Головою педагогічної ради зуболікарської школи був професор Імператорського Харківського університету Іван Павлович Осипов.

У першому 1900-1901 навчальному році відбулося шість засідань педагогічної ради зуболікарської школи.

Завідувачем зуболікарської школи був приват-доцент Імператорського Харківського університету, доктор медицини Михайло Михайлович Кузнєцов.

Новостворена Харківська зуболікарська школа В.Я. Дубовського розпочала свою діяльність 1 вересня 1900 року.

4 вересня 1900 року харківська преса повідомляла про освячення зуболікарської школи, заснованої В.Я. Дубовським.

У першому півріччі 1900-1901 навчального року, у щойно відкритій зуболікарській школі В.Я. Дубовського, навчання проводилося лише за програмою двох семестрів – I-го та V-го, на яких викладалися навчальні предмети відповідно до програми, затвердженої медичною радою.

У перший 1900-1901 навчальний рік до Харківської зуболікарської школи В.Я. Дубовського було зараховано 17 учнів: на 1 курс вступило 10 осіб, а на 3 курс – 7 осіб.

Свирида¹ О.С., Аветіков¹ Д.С., Моқан² О.І.

Полтавський державний медичний університет¹, м.Полтава,

ФОП² «Градент», м. Суми, Україна

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ ЧАСТОТА УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ПОЗАРОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ

Мета дослідження:

Метою цього дослідження є систематизація та аналіз наукових публікацій, присвячених частоті та типам ускладнень після позаротового остеосинтезу при переломах щелепи. Оцінка частоти післяопераційних ускладнень є важливим аспектом для визначення ефективності застосовуваних методів лікування та для розробки рекомендацій щодо покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів.

Матеріали та методи:

Для огляду було обрано 40 наукових статей, опублікованих в міжнародних журналах з 2010 по 2024 роки, що аналізують результати позаротового остеосинтезу у пацієнтів з переломами нижньої щелепи. Дослідження включають оглядові статті, що висвітлюють частоту та види ускладнень, пов'язаних з цією методикою. Усі публікації були оцінені за науковою значимістю, зокрема враховувалась методика проведення операцій, типи фіксаторів (титанові пластини, гвинти, пластино-гвинтові системи), а також післяопераційні заходи, що впливають на виникнення ускладнень.

Результати:

Аналіз наукових джерел показав, що частота ускладнень після позаротового остеосинтезу варіює в межах від 10% до 30%, залежно від

типу перелому, методу фіксації, клінічних умов та якості післяопераційного догляду. Найпоширенішими ускладненнями є:

Інфекційні ускладнення (5-15% випадків). Інфекції є одним із найбільш частих ускладнень, що виникають після операцій з використанням відкритих методів доступу до зони перелому. До інфекцій відносяться як місцеві, так і системні інфекції, що можуть вимагати тривалої антибіотикотерапії або повторного хірургічного втручання.

Нестабільність фіксації (5-10% випадків). Нестабільність може виникати через неповну репозицію кісткових відламків або недостатню фіксацію, що призводить до порушення процесу загоєння та потреби в повторних операціях. Це частіше трапляється при складних переломах з великими осколками.

Порушення зрощення кісток (7-8% випадків). Недостатнє або неправильне зрощення переломів, або утворення патологічних зрощень, може бути наслідком неадекватної стабільності фіксації або інфекційних ускладнень. Це зазвичай вимагає проведення коригуючих операцій.

Пошкодження нервових структур (2-5% випадків). Пошкодження чутливих нервів, таких як нижній альвеолярний нерв, може призвести до тривалої або постійної втрати чутливості в області губи, підборіддя або язика. Це є важливим фактором ризику, особливо при переломах, що знаходяться в близькості до нервових структур.

Хронічний біль (10-15% випадків). Хронічний біль, який може бути результатом неправильної репозиції, розвитку остеоартриту або субхондрального остеонекрозу, є ще однією проблемою, з якою стикаються пацієнти після операцій з фіксацією переломів щелепи.

Деформація та обмеження рухів (2-3% випадків). Деформація прикусу або порушення функції жування можуть виникати через неправильне положення фіксаторів або неадекватну репозицію фрагментів щелепи під час операції.

Висновки:

Частота ускладнень після позаротового остеосинтезу є важливим аспектом, що впливає на якість лікування пацієнтів із переломами щелепи. Інфекції та нестабільність фіксації є найбільш поширеними ускладненнями, що вимагають додаткових хірургічних втручань та корекції.

Для зменшення частоти ускладнень необхідно приділяти особливу увагу техніці операції, правильній репозиції кісткових відламків та належній стабільності фіксації, а також своєчасному виявленню та лікуванню інфекційних процесів.

Використання сучасних матеріалів для фіксації, таких як титанові пластини та гвинти, значно знижує ризик ускладнень, порівняно з більш традиційними методами, такими як дротяний остеосинтез.

Оцінка факторів ризику, таких як наявність супутніх захворювань (діабет, серцево-судинні захворювання) і вік пацієнта, є важливою складовою для прогнозування ймовірності розвитку післяопераційних ускладнень.

Подальші дослідження та мета-аналізи в цій галузі повинні бути спрямовані на вдосконалення хірургічних технік, покращення післяопераційного догляду та розробку нових матеріалів для фіксації, що знижують ризик ускладнень та покращують відновлення після операцій на щелепах.

Скрипнікова Т.П., Кулай О.О., Тимошенко Ю.В.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ДЕНТИНУ.

ФТОРВМІСНІ ЗАСОБИ

Якість життя людини, пов'язана зі здоров'ям ротової порожнини - це відносно нова концепція, яка швидко розвивається в стоматології. Аспект стосується сприйняття пацієнтом того, чи впливає поточний стан здоров'я порожнини рота на його фактичну якість життя. Гіперчутливість дентину (ГД), яка є поширеним станом пов'язаним з різними екзогенними стимулами, може турбувати пацієнта під час їжі, пиття, чищення зубів та навіть дихання. Обмеження повсякденної діяльності, що виникають із цього, можуть мати важливий вплив на якість життя пацієнта. За для полегшення болю при ГД існує безліч терапевтичних засобів та процедур. Виявлено, що фторвмісні засоби ефективно знижують підвищену чутливість твердих тканин зуба.

Мета. Провести огляд літературних джерел та обговорити особливості використання в стоматологічній практиці сучасних фторвмісних засобів для зниження гіперчутливості дентину.

Матеріали та методи. Пошук літератури з лікування ГД було проведено з використанням баз даних PubMed та Google Scholar. Статті, включені до огляду, були опубліковані в період з 2020 по 2024 роки.

Зміст. Фторид вважається найпопулярнішим ремінералізуючим агентом в останні десятиліття. Достеменно відомо як впливають фториди на чутливість дентину. Фторвмісні продукти догляду за зубами містять сполуки, що існують у двох формах - розчинні і нерозчинні. Фторид кальцію, що відноситься до нерозчинної форми, заповнює дентинні каналці завдяки поєднанню іонів кальцію дентинної рідини із фторидом препарату. Ця сполука утворюється в каналцях і поступово зменшує їх діаметр. Розчинні сполуки фтору (фторид натрію, фторид олова)

відкладаються на поверхні дентину. Органічний фторид (амінофторид) має поверхнево-активні властивості, що сприяє орієнтації молекул фтор-поліосом до іонів кальцію. Таким чином, у водному розчині повільно вивільняються іони фтору, які поєднуються з іонами кальцію.

На ринку представлені наступні десенситизуючі зубні пасти «Blend-a-med pro expert» компанія Procter & Gamble; Sensodyne GSK (Glaxo Smith Kline, Великобританія); *Sensodyne Фтор* (GSK, Великобританія); *Sensodyne Total Care* Sensodyne Smith Kline Beecham; *Sensodyne Комплексний Захист*; *Sensodyne Відновлення та Захист*; *Sensodyne Відновлення та Захист Глибоке відновлення*, *Sensodyne Відновлення та Захист Відбілююча* (GSK, Великобританія); *Sensodyne Clinical Repair* (GSK, Великобританія); *BioMin F* (BioMin Technologies Limited, Велика Британія); *Oral-B Sensitivity and GUM* (Oral-B, Німеччина); *Elmex Sensitive*; *Lakalut Sensitive Амінофторид*; *Emofluor Pro Twin Care*.

Фторвмісні стоматологічні лаки поділяють за механізмом затвердіння на ті, які потребують висушування (*Bifluorid 10* фірма VOCO, Німеччина; *Ftoroplen* фірма Latus, Україна; *Fluor Protector* фірма Ivoclar Vivadent, Швейцарія; *BifluJen* фірма JenDental, Україна) та такі, що твердіють при контакті з вологою (ротовою рідиною) (*Enamelast*, фірма Ultradent, USA; *Profluorid Varnish*, фірма VOCO, Німеччина; *Duraphat* фірма Colgate, USA; *Clinpro White Varnish* фірма 3M ESPE, USA). Виділяють прозорі, їх не видно на поверхні зубів та кольорові, що видимі на поверхні зубів.

Стоматологічні гелі, що вміщують фтор *Fluor-Opal* фірма Ultradent, USA; *Paro Amin Fluor Gelee* від ESRO AG, Швейцарія; Мірафлюор фтор гель *Mirafluor gel* фірма Miradent, Німеччина; *Apa Care Zahnreparatur Gel* «Рідка емаль», Німеччина; *Elmex Gelee*, фірма GABA GmbH, Німеччина; *Clinpro Tooth Creme* (3M ESPE, USA). На відміну від звичайного фторування (фторлаки, фторуючі пасти, гелі) при глибокому фторуванні

(А. Knappwost, 2001) мікрокристалики фтористого кальцію, утворюються безпосередньо в дентинних каналцях та порах пошкодженої емалі розмірами менше 1 мікрона. Це забезпечує тривалий ефективний захист. Метод глибокого фторування полягає в хімічному утворенні високодисперсного фтористого кальцію середнім діаметром частинок 50 Å ангстрем, завдяки чому вони глибоко проникають у ділянки демінералізованої емалі та сприяють її ремінералізації. Проводиться послідовна обробка зубів розчином магнієво-фтористого силікату, потім суспензією високодисперсного гідроокису кальцію, використовуючи препарати *«Емальгерметизуючий ліквід»* та *«Дентингерметизуючий ліквід»* (фірма *Humanchemie GmbH*, Німеччина), *Фторкальцит-Д* (*Latus*, Україна).

Поширеним десенсибілізуючим засобом є *фторид діаміну срібла* (СДФ). Він ефективний у контролі прогресування карієсу і може відігравати певну роль у лікуванні гіперчутливості. СДФ у концентрації 38% ефективніший, ніж 12% у зупинці активного карієсу молочних зубів. У дітей з поганою гігієною ротової порожнини частота зупинки карієсу при лікуванні SDF може бути збільшена за рахунок збільшення частоти застосування з щорічного до піврічного. СДФ виробляється у кількох країнах, включаючи Австралію (Riva Star), Індію (e-SDF), Японію (Saforide), Таїланд (Topamine), Бразилію (Cariestop) та Канаду (Advantage Arrest). Хоча виробники не розкривають подробиці своїх інгредієнтів, продукти SDF в основному містять срібло, фторид та аміак.

Висновки. Застосування фторвмісних засобів, за літературними даними, ефективно для десенситизації ГД. Існує безліч продуктів, які розробляються для усунення цього стану, але на даний час немає єдиного ідеального продукту, який міг би повністю вирішити проблему. Проведений аналіз може надати інформацію та запропонувати рішення для

кращого розуміння вибору фторвмісних засобів для десенситизації ГД в кожній конкретній ситуації.

**Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Доленко О.Б., Буря Л.В., Дубровіна
О.В., Коротич Н.М., Окулов Ю.В.**

**Полтавський державний медичний університет,
м. Полтава, Україна**

УКУШЕНІ РАНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ: ЧАСТОТА І СТРУКТУРА

За даними літературних джерел, серед травм щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) близько 35% становлять 4-5-річні пацієнти, які звертаються з приводу ушкоджень м'яких тканин, причому в структурі переважають ушкодження, завдані тваринами. Загалом, частота укушених ран серед усіх травматичних ушкоджень складає 7-12%, а в ділянці голови та шиї – до 34,5% зі стійкою тенденцією до збільшення їх кількості.

Мета дослідження – визначення частоти та структури укушених ран обличчя і шиї у дітей Полтавської області.

Матеріал та методи. Проаналізовано зміст 91 історії хвороби пацієнтів, що знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні КП “Дитяча міська клінічна лікарня” ПМР за 8-річний період.

Результати дослідження. Згідно отриманих результатів, на долю укушених ран припадало 5,3% від загальної кількості дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні з різними травматичними пошкодженнями ЩЛД.

Найчастіше укуси тваринами реєструвалися в літній період (68 випадків – 74,7%).

В Таблиці 1 наведено усереднений розподіл укушених ран ЩЛД за локалізацією, з якої видно, що їхня найбільша частка приходилася на анатомічні ділянки, котрі рел'єфно виступали: губи, щоки, вилиці, ніс і незначну частку займали множинні рани. Це певним чином збігається із даними з інших регіонів України.

Таблиця 1

Розподіл укушених ран ЩЛД у дітей за локалізацією

Анатомічна ділянка						
губи	щоки	вилиця	повіки	ніс	вушні раковини	множинне ушкодження
35%	29%	8%	2%	5%	1,8%	19,2%

Із числа постраждалих на долю міських жителів припадало 71,8% від загальної кількості, а сільських було 28,2%. Хлопців травмовано 53,6%, а дівчат 46,4% (без суттєвої залежності від місця проживання).

В Таблиці 2 наведено розподіл пацієнтів з укушеними ранами ЩЛД за віком.

Таблиця 2

Розподіл дітей з укушеними ранами ЩЛД за віком

Вікова група			
1-3 роки	3-7 років	7-12 років	12-15 років
15,9%	24,6%	30,2%	29,3%

Ретельний збір анамнезу захворювання дозволив встановити, що великий відсоток укушених ран в ясельній, дошкільній та молодшій вікових групах обумовлений, переважно, неправильними умовами утримання тварин, необачністю і безвідповідальністю батьків, особливостями дитячої психології (цікавість, відсутність почуття страху), дитячою несвідомістю та безпечністю внаслідок незначного життєвого досвіду і неможливістю обґрунтованого осмислення можливих наслідків. Натомість в старшій віковій групі травми зумовлені, насамперед, викличною поведінкою підлітків, що за відсутності

навичок спілкування з тваринами, здебільшого, й провокувало відповідну реакцію останніх та призводило до укусів.

Встановлено, що 80 дітей (87,9%) у супроводі рідних зверталися за допомогою в клініку протягом першої доби після травми самостійно, 6 осіб (6,6%) були направлені з травматологічних пунктів і 5 (5,5%) потрапляли через поліклініку за місцем проживання.

При цьому у 68 випадках (74,7%) перебіг укушених ран супроводжувався виникненням симптомів гострого запального процесу різної виразності. У 4 пацієнтів (4,4%) визначалося часткове розходження швів. Інших ускладнень за період перебування в стаціонарних умовах ми не спостерігали.

Висновки.

1. В структурі травматичних пошкоджень ЩЛД у дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні КП “Дитяча міська клінічна лікарня” ПМР за 8-річний період, 5,3% складали хворі із укушеними ранами обличчя та шиї.

2. Серед травмованих переважали діти 7-12 років (30,2%) із найбільшою часткою пошкоджень анатомічних ділянок, які рел’єфно виступають.

3. У 74,7% випадках укуси ускладнювались гострими запальними процесами.

Чемерис¹ В.В., Оцупко² О.В.

Полтавський державний медичний університет¹, м.Полтава

ФОП² «Косметична стоматологія», м.Одеса, Україна

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ХІРУРГІЧНИЙ ЕТАП ОДНОМОМЕНТНОЇ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ЗА СКЛАДНИХ АНАТОМІЧНИХ УМОВ

Вступ. Проведення одномоментної дентальної імплантації за складних анатомічних умов є складною хірургічною маніпуляцією, яка вимагає відповідної кваліфікації та теоретичної підготовки хірурга.

Метою даного дослідження є огляд літературних даних, які описують методики та особливості проведення одномоментної дентальної імплантації за складних анатомічних умов.

Методи: для збору даних використовувалися дані з науково метричних баз Scopus, Web of Science, PubMed, досліджувалися лише джерела за останні 3 роки. Ключові слова включали “дентальна імплантація”, “одномоментна дентальна імплантація”, “складні анатомічні умови”.

Результати: Аналіз показав, що найбільша кількість досліджень присвячена одномоментній дентальній імплантації, яка проводиться в ділянці верхніх молярів, з проведенням додаткової операції “синус ліфтинг”. Також описані методики проведення кісткової пластики (аугментації) в ділянці проведення дентальної імплантації, з використанням кісткових замінників, та аутокістки.

Також автори описують проведення одномоментної дентальної імплантації за допомогою навігаційних шаблонів, які поділяють на шаблони для пілотного свердлення, та шаблони з повною керованістю.

Обговорення: отримані дані свідчать про те, що стоматологи з різних країн, намагаються вдосконалити методику проведення одномоментної дентальної імплантації за складних анатомічних умов, для того, щоб

зробити дану хірургічну маніпуляцію простішою та більш прогнозованою, а також для запобігання виникнення можливих ускладнень.

Висновки: натеper одномоментна дентальна імплантація займає важливе місце у практиці лікарів-стоматологів. Використання даної методики за складних анатомічних умов дає можливість скоротити термін реабілітації пацієнтів. Огляд літератури показав, що присутня недостатня кількість інформації щодо проведення одномоментної дентальної імплантації на нижній щелепі (в ділянці премолярів та молярів) за складних анатомічних умов.

Янішен І.В, Куліш С.А., Кричка Н.В, Погоріла А.В.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

ПРОГРАМА ПІДГОТОВКИ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Вступ

Сучасні вимоги до підготовки медичних працівників вимагають оновлених підходів до формування практичних клінічних умінь і навичок, професійних компетенцій, а також створення безпечного освітнього середовища. Стрімкий розвиток цифрових технологій та низка глобальних викликів обумовили необхідність перегляду традиційних методик навчання. Однією з ключових стратегій є впровадження симуляційного навчання, яке дозволяє забезпечити ефективну підготовку медичних фахівців. Водночас залишається актуальним питання підготовки науково-педагогічних працівників до використання технологій симуляційного навчання.

Мета дослідження

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування, аналіз та визначення ключових напрямів підготовки науково-педагогічних працівників до симуляційного навчання, що сприятиме розробці відповідної програми з урахуванням сучасних вимог до медичної освіти.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення мети дослідження використано такі методи:

- аналіз психолого-педагогічної та методичної літератури;
- узагальнення досвіду навчально-методичних конференцій;
- систематизація матеріалів з методичної роботи кафедр;
- педагогічне моделювання та теоретичне прогнозування.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз наукових джерел показав, що більшість програм симуляційного навчання орієнтовані на здобувачів медичної освіти або на медичних працівників, які вдосконалюють свої професійні навички. Водночас підготовка науково-педагогічних працівників до використання таких технологій залишається недостатньо дослідженою. Для ефективного впровадження симуляційного навчання необхідне поєднання професійної медичної компетентності та сучасних педагогічних методик.

Особливе значення має інтеграція теоретичної та практичної підготовки викладачів, що сприятиме цілісному впровадженню симуляційних методик у навчальний процес. Доцільним є розподіл підготовки відповідно до спеціальності та професійного профілю викладача.

Для ефективної підготовки науково-педагогічних працівників до симуляційного навчання доцільно використовувати:

- інтерактивні методи навчання;
- студентоорієнтований підхід;
- дистанційні технології для доступу до матеріалів курсу;
- модульний підхід;
- варіативність термінів навчання;
- можливість вибору власної освітньої траєкторії;
- підтримку та відкриту комунікацію між викладачами та слухачами курсу.

Перед початком підготовки викладачі мають продемонструвати:

1. Високий рівень педагогічної майстерності.
2. Високий рівень клінічних компетенцій.

Ефективним підходом є двофазова підготовка:

1. Участь у курсі як слухача для засвоєння основ симуляційного навчання.

2. Подальше навчання у ролі викладача для закріплення отриманих знань і навичок.

Такий підхід сприяє усвідомленню сильних і слабких сторін навчального процесу, дозволяє визначити ключові напрями вдосконалення та забезпечує реалізацію основних принципів навчання: науковості, доступності, системності та наочності.

Висновки

1. Симуляційне навчання є провідним напрямом у підготовці майбутніх медичних фахівців та розширює можливості професійного розвитку медичного персоналу.
2. Для якісного впровадження симуляційного навчання необхідна підготовка науково-педагогічних працівників, що потребує розробки спеціалізованої освітньої програми.
3. Запропонована «Програма підготовки науково-педагогічних працівників до симуляційного навчання в медичних ЗВО» сприятиме якісному забезпеченню освітнього процесу та формуванню необхідних клінічних умінь і навичок у майбутніх медичних фахівців.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження можуть бути спрямовані на розробку практичних рекомендацій щодо інтеграції симуляційного навчання у різні освітні програми, а також на створення стандартів оцінювання ефективності таких програм.

Moshel T. M., Boychenko O. M., Bublii T. D., Haggag A.

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

MEASUREMENT OF ELECTRICAL POTENTIALS OF THE ORAL CAVITY AS AN OBJECTIVE CRITERION FOR PREDICTING DISEASES OF THE ORAL MUCOSA

It is known that various metal inclusions in the oral cavity can cause general intoxication of the body and allergic reactions due to ions and salts of heavy metals, which are formed as a result of corrosion of dentures and are a source of galvanism of the oral cavity. The most characteristic clinical picture of diseases caused by dental metal structures is expressed by a change in taste, paresthesias of various areas of the oral mucosa, which are always combined with its objective changes (hyperemia, edema, papules, erosions, ulcers, petechiae). Along with local reactions, general reactions can also develop (fatigue, general malaise, migraines, rhinitis, urticaria, dermatitis), which either accompany the above symptoms or are the only manifestation of the pathology. This necessitates the diagnosis and elimination of metal inclusions in the oral cavity. However, existing literary sources do not contain sufficient information on normal indicators of galvanic currents in the oral cavity.

The purpose of our work was to determine the indicators of electric potentials in the oral cavity in the absence and presence of metal inclusions.

To achieve the goal, we examined 19 patients (12 men and 7 women) aged 20 to 47 years without any existing somatic pathology and no diseases of the oral mucosa and periodontal tissues. The main group consisted of individuals with metal inclusions, represented by stamped-brazed and metal-ceramic structures, retainers and anchor pins in depulped teeth. We included patients with intact teeth or fillings made of composite materials in the control group. The examination was carried out according to the generally accepted scheme. The state of oral hygiene was determined using the Green-Vermillion index (1964). Determination of electric potentials in the oral cavity was carried out on

425 teeth using a galvanometer. Statistical processing of the obtained data was carried out using the Student's t-test.

As a result of the conducted studies, it was found that the electric potential in the oral cavity of patients in the control group was $48,41 \pm 1,41$ mV. In patients with metal inclusions, the electric potential indicator was $140,31 \pm 25,93$ mV ($p < 0,001$). At the same time, we did not find any significant difference in the state of oral hygiene.

Conclusions:

1. Normal indicators of electric potentials of the oral cavity can be considered indicators within 50 mV.
2. In patients with metal inclusions in the oral cavity, a significant increase in these indicators is observed.
3. All patients with metal structures in the oral cavity are shown to measure electric potentials to prevent galvanosis.