

Міністерство охорони здоров'я України

Полтавський державний медичний університет

Асоціація стоматологів України

Департамент охорони здоров'я

Полтавської обласної державної адміністрації

Полтава
20-21 листопада 2025 року

Актуальні питання хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, присвячена пам'яті М.Б.Фабриканта



Матеріали
Всеукраїнської науково-
практичної конференції з
міжнародною участю

*Актуальні питання хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, присвячена
пам'яті М.Б.Фабриканта*

Конференція внесена до Переліку заходів БПР Центру тестування при
Міністерстві охорони здоров'я за № 1015398

Усі публікації подано із збереженням наукових думок і творчих
рішень авторських колективів.

Hryhoriev D.H.

Sumy State University, Sumy, Ukraine

BOND STRENGTH OF COMPOSITE MATERIALS TO DENTIN AFTER DIFFERENT CAVITY PREPARATION PROTOCOLS

Aim of the study. To assess the tensile bond strength between composite material and dentin depending on the preparation protocol and adhesive pretreatment.

Materials and methods. Twenty extracted human molars were divided into four groups (n=5). Groups 1–2 were prepared using rotary instruments, while Groups 3–4 underwent air-abrasion with Al₂O₃ particles (50 μm, 0.41 MPa, 45°, 2 mm). Dentin in Groups 1 and 3 remained non-etched; Groups 2 and 4 were etched with 37% phosphoric acid gel for 15 s. All specimens were treated with Charisma GLUMA® Bond 5 adhesive and restored with Charisma “SMART” composite. Tensile bond strength (TBS, MPa) was measured using a UM-500 testing machine (1.0 mm/min). Statistical analysis (ANOVA, Bonferroni post-hoc) was performed in Stata 19.

Results. Non-etched dentin produced the lowest bond strength (10.24 ± 1.48 MPa for rotary; 13.74 ± 1.64 MPa for air-abrasion). Etched specimens demonstrated significantly higher TBS (16.80 ± 1.46 and 17.80 ± 1.30 MPa respectively; $p < 0.05$). ANOVA confirmed significant intergroup differences ($F = 26.7$; $p < 0.001$). The combined influence of preparation and etching accounted for 83.3% of total variance.

Conclusions. Acid etching significantly improves dentin–composite bonding regardless of the preparation method. Air-abrasion with etching yielded the highest mean TBS, though its advantage over rotary etching was not statistically significant. The combination of minimal-invasive cavity preparation and proper adhesive conditioning ensures high reliability of composite restorations.

Ibragimov D.D., Jurayev A.M.

Samarkand State Medical University, Uzbekistan

INVESTIGATION OF THE ADVANTAGES OF USING PRF AND PRP IN THE TREATMENT OF MANDIBULAR FRACTURES

Mandibular] fractures remain one of the most frequent and complex injuries in oral and maxillofacial surgery. These fractures often result from road traffic accident interpersonal trauma, or sport injuries. According to statistical data, the number of patients seeking medical care for mandibular fractures is increasing day by day. The mandible is the most frequently injured bone among the facial skeletal structures, accounting for approximately 75–80% of all facial bone fractures. Timely diagnosis and comprehensive treatment of these injuries require prompt and highly effective methods. A multidisciplinary approach provides better outcomes in managing this problem. Surgical intervention remains the main method of treatment; however, surgery alone is often insufficient. It is necessary to shorten the regeneration period and further improve the healing results. Modern techniques such as PRF (Platelet-Rich Fibrin) and PRP (Platelet-Rich Plasma) have shown excellent results in this regard. It is well known that PRF and PRP are prepared from the patient's own blood and contain proteins, platelets, and various growth factors. When applied during surgical procedures, these autologous biomaterials enhance wound healing and significantly shorten the regeneration period

Aim of the study:

To evaluate the clinical effectiveness of PRF and PRP in the surgical treatment of fracture of the mandible region, focusing on the acceleration of the bone healing and improvement of post operative recovery

Material and methods:

Between September 2024 and January 2025, 38 patients with fractures of the mandible and the region were admitted to the Department of Maxillofacial

Surgery at the Central Hospital of the Samarkand City Medical Association. Depending on the severity of the injuries, patients received either outpatient or inpatient treatment. All examined patients were conditionally divided into two groups:

The first group (18 patients): treated using conventional methods. In patients with mandibular fractures, immobilization was achieved by applying a Tigerstedt splint and fixation with mini-plates.

The second group (20 patients): in addition to the conventional treatment, PRF and PRP biomaterials were locally injected along the fracture line of the mandible, from three to five injections per site. All patients from both groups underwent standard primary and additional clinical and radiographic examinations.

PRF and PRP were prepared intraoperatively from each patient's venous blood by centrifugation without anticoagulants.

RESULT: When analyzing the results of the applied treatment methods, it was found that in the first group of patients who underwent conventional surgical treatment, complaints of pain in the fracture area were still present, and radiological examinations revealed unsatisfactory osteointegration in several cases. In contrast, patients in the second group who were treated with PRF and PRP biomaterials demonstrated good osteointegration, healthy condition of local tissues, and satisfactory healing of soft tissue wounds. These patients showed no complaints of pain or gingival inflammation. The main advantages observed in patients treated with modern (PRF–PRP) methods compared to those treated conventionally included faster and higher-quality osteointegration, as well as the absence of inflammatory reactions in local tissues. While osteointegration in the conventional treatment group required approximately 24–27 days, in the group treated with the modern method this period was reduced to 18–22 days, according to our observations.

CONCLUSION: The results of the study showed that treatment using autologous biomaterials derived from the patient's own blood promotes active fusion of bone fragments and prevents inflammation of the surrounding soft tissues. The main reason for this effect is the high concentration of proteins, minerals, growth factors, hormones, and platelets contained in the applied biomaterials. An additional advantage of these biomaterials is their ability to minimize postoperative complications. PRF and PRP technologies have proven to be modern and highly effective methods for the treatment of mandibular fractures.

Narzieva D. B.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

**POTENTIALS OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF
FURUNCLES AND CARBUNCLES IN THE MAXILLOFACIAL
REGION**

Over the past centuries, lymphology has evolved into one of the fundamental branches of anatomy and physiology. However, in recent decades, attitudes toward lymphology in general, and clinical lymphology in particular, have changed dramatically. This shift has been driven by the urgent needs of practical medicine (Y.M. Levin, 1987; I.V. Yarema, 1999). A new approach has required a fundamental rethinking of the accumulated facts in the literature that reveal the role of the lymphatic system in the development of pathological processes in the human body, especially in the maxillofacial region. This indicates that the lymphatic system, as one of the main components of homeostasis and humoral transport, is involved in all pathological processes regardless of their etiology and pathogenesis (S.U. Dzhumaboyev, E.S. Dzhumafayev, 1992; Y.E. Vyrenkov, 2009).

Objective of the Study To develop and improve comprehensive methods for treating furuncles and carbuncles by introducing antibacterial drugs via lymphotropic administration in combination with phytotherapy.

Research Tasks

- To study the prevalence of carbuncles and furuncles in the maxillofacial region
- To identify hematological, biochemical, and immunological changes in the blood during purulent diseases such as furuncle and carbuncle
- To assess, from a comparative perspective, the clinical effectiveness of therapy using different methods of antibiotic administration combined with phytotherapy
- To justify the use of lymphotropic administration of the antibiotic *Intralin* (cefazolin) and phytotherapy using the *Zub-pre* preparation for the treatment of carbuncles and furuncles
- To evaluate the effectiveness of this treatment method

Lymphotropic drug administration is a technique of delivering medications into the body via the lymphatic system, which increases the efficacy of therapy and reduces side effects. Phytotherapy is a method of treatment based on the use of plant extracts to improve health and combat various diseases. In combination with lymphotropic drug administration, phytotherapy can enhance the therapeutic effect and shorten the recovery time. Most patients reported the following complaints: swelling and tenderness of the soft tissues in the affected area, weakness, chills, sleep disturbances, loss of appetite, and headaches. Furuncles and carbuncles were most often located on the right side in areas of skin with a high density of hair follicles and sebaceous glands. It was found that in 25% of cases, the inflammatory focus was located in the nasal area, 18% in the upper lip area, 13% in the lower lip area, 12.4% in the cheek area, and 5% each in the chin,

forehead, zygomatic, infraorbital, and temporal areas. The parotid and submandibular areas accounted for 3.1% each. During the examination of patients, depending on the course of the inflammatory process and treatment approach, two groups were identified:

- **Comparison Group (Group I)** — $n = 33$ (19 men and 14 women). These patients received traditional therapy, including intramuscular antibiotic administration.
- **Main Group** — $n = 39$ (22 men and 17 women).

For the main group, after incision and drainage of the purulent focus, medications were administered lymphotropically into the tissue of the mastoid process once daily during dressing changes. The antibacterial drug *Intralin* was used in combination with the herbal preparation *Zub-pre*.

Conclusion The combination of lymphotropic antibiotic administration with phytotherapy represents a promising approach to treating various diseases, providing high treatment efficacy and minimizing side effects. Further research in this area may lead to the development of more effective therapeutic methods and improvements in the quality of medical care.

Баб'ячок А.І., Федун І.Р., Ільчишин М.П., Пилипів Н.В.

ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», м.Львів, Україна

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ АКТИВНОСТІ КАРІОЗНОГО ПРОЦЕСУ У ОСІБ РІЗНОГО ВІКУ

Карієс зубів та його ускладнення на сьогодні залишаються однією з найактуальніших проблем стоматології. Несвоєчасна діагностика та

лікування даного захворювання можуть у майбутньому мати негативні наслідки для здоров'я пацієнтів, особливо молодого працездатного віку.

Найбільш поширений показник, який використовують для виявлення інтенсивності карієсу (викинути бо є ще один процес в реченні) є індекс КПВ, однак цей індикатор характеризує ситуацію враховуючи, зокрема, як наслідки нелікованого процесу так і результати лікування, але не описує глибини каріозного ураження у твердих тканинах. Особливо це важливо при виявленні процесу демінералізації на ранньому етапі. У свою чергу індекс ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) дає змогу вивчити активність каріозних уражень ґрунтуючись на клінічні і та гістологічні дані. Цей індекс окрім детальної клінічної картини дає змогу спостерігати за розвитком каріозного процесу та планувати адекватне лікування. Для більш повного розуміння інтенсивності карієсу необхідно проводити розгорнуте дослідження та застосовувати критерії оцінки, як КПВ так і ICDAS.

Метою даного дослідження було оцінити активність розвитку каріозного процесу у осіб різного віку, за допомогою індексної оцінки КПВ та ICDAS.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні брали участь 38 осіб у яких діагностовано карієс твердих тканин зубів. Усіх учасників було розділено у групи відповідно до віку, а саме: група I – 13 осіб віком від 18 до 25 років, II група – 14 осіб віком від 26 до 35 років та III група – 11 осіб віком від 36 до 45 років. Соматичні та інфекційні захворювання хворі заперечували.

Інтенсивність карієсу визначали за допомогою індексу КПВ, для оцінки активності каріозного ураження використовували Міжнародну систему виявлення та оцінки карієсу зубів ICDAS .

Результати. Аналізуючи отримані результати індексу КПВ, можна стверджувати про різке зростання індексу КПВ у пацієнтів основного працездатного віку, порівняно з особами молодого віку.

Вивчаючи результати дослідження глибини поширення карієсу в емалі та дентині згідно системи ICDAS, бачимо, що у пацієнтів вікової групи 18–25 років у 71,4 % виявили карієс емалі, а у 28,6 % – ураження дентину. У пацієнтів вікової групи 26–35 років під коди 1-3 підпадало 41,0 % уражених зубів і під код 4-6 підпадало 59,0 % уражених зубів. У пацієнтів найстаршої вікової групи кількість уражених карієсом зубів з кодом 1-3 становила 27,9 % і з кодом 4-6 зафіксовано 72,1 %. Отримані результати свідчать про наростання глибини ураження твердих тканин зубів із збільшенням віку пацієнтів та збільшення середньої кількості уражених зубів з руйнуванням дентину на кожного з обстежених.

Висновки. Аналізуючи результати проведених нами досліджень, бачимо, що із збільшенням віку обстежених пацієнтів знижується частка запломбованих зубів, проте зростає частка видалених зубів. Окрім цього, найвища відсоткова кількість уражених карієсом зубів виявлена у групі осіб віком 26-35 років.

Із збільшенням віку пацієнтів, збільшується як середня кількість уражених зубів, так і кількість каріозних зубів із зруйнованим дентином на кожного з обстежених.

Байдо О.С., Марченко А.В.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

**АДГЕЗИВНА ФІКСАЦІЯ В ПРЯМІЙ КОМПОЗИТНІЙ
РЕСТАВРАЦІЇ: РОЛЬ ТА ЗНАЧЕННЯ ПЕРІОДУ ПОЛІМЕРИЗАЦІЇ**

Методика відтермінованої полімеризації композиту набула поширеності у ортопедичній стоматології для фіксації незнімних

адгезивних лабораторних реставрацій та відома у літературі як IDS, Immediate Dental Sealing – негайна герметизація дентину (Magne Pascal, 2014). Ця методика на сьогодні має широке наукове підґрунтя та довготривалі спостереження, щорічно набуває доказів та її ефективність регулярно оцінюється у систематичних оглядах та мета-аналізах (Hardan L. et al., 2022), (Alghauli MA. et al., 2024). Проте застосування її для прямих реставрацій майже не висвітлено та зустрічається у поодиноких публікаціях (Pushpa R. et al., 2009), (Asaka Y. et al., 2006), (Khaled HR. et al., 2022).

Метою дослідження стало вивчення ролі та значення періоду полімеризації, впливу негайної та відтермінованої полімеризації на якість адгезивного з'єднання з тканинами зуба в прямій композитній реставрації.

Робота виконується у рамках договору про науково-технічне співробітництво кафедри терапевтичної стоматології ПДМУ з ТОВ «ДЖЕНДЕНТАЛ-Україна». Проводиться лабораторна оцінка міцності адгезії на відрив, оцінка міцності адгезії на зсув.

Відібрано 35 зразків для виконання доклінічного лабораторного етапу дослідження; 20 з них протестовано та порівняно між собою тестом міцності на зсув *in vitro*.

Результати дослідження демонструють потенційні переваги відтермінованої полімеризації у покращенні міцності з'єднання та крайової адаптації. Визначено оптимальний час процедури 5 хвилин. Припускаємо, що даний факт констатується завдяки більш достатній початковій конверсії полімеру, релаксації напруження в адгезивному шарі на етапі перед внесенням композиту.

Перспективою дослідження буде проведена порівняльна клінічна оцінка довготривалих результатів стійкості прямої реставрації при лікуванні зубів з карієсом в залежності від використання методики негайної або відтермінованої фіксації композитного матеріалу.

Бойчук І.М., Бамбуляк А.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

**РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ
КОНСЕРВАТИВНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ
ВИРОСТКОВОГО ВІДРОСТКУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Мета. Провести аналіз виникнення ускладнень у пацієнтів після консервативного лікування перелому виросткового відростку нижньої щелепи.

Матеріал та методи. Для досягнення мети дослідження було проведено огляд та обстеження 23 пацієнтів із різними ускладненнями консервативного лікування перелому виросткового відростку нижньої щелепи. Період звернення пацієнтів коливався від двох днів після отримання травми (на етапі проведення консервативного методу лікування перелому виросткового відростку нижньої щелепи) до 1 року після закінчення лікування.

Результати. Основними скаргами пацієнтів (16 осіб), які звернулися за спеціалізованою допомогою у перші дні після отримання травми були: біль у ділянці скронево-нижньощелепного суглоба, порушення прикусу та утруднене відкривання рота, на яке скаржилися 100 % оглянутих. На болючість та кровоточивість ясен вказували 56,25 % обстежених у ділянках розташування лігатур, які фіксували бімаксиллярні шини. При цьому, 68,75 % пацієнтів, прикус яких був фіксований еластичними тягами, скаржилися на неприємний запах з рота. При клінічному огляді пацієнтів з ускладненнями після консервативного методу лікування, котрі зверталися за спеціалізованою допомогою у перші дні після отримання травми також

були – набряк м'яких тканин обличчя на стороні травми, обмежене відкривання рота до 0,5 мм – у 5 хворих (31,25 %), у 11 осіб (68,75 %) – неможливо визначити величину відкривання рота, так як їхній прикус був фіксований за допомогою еластичних тяг. При огляді порожнини рота у даної групи пацієнтів було встановлено наявність фіксованих бімаксиллярних шин з зачіпними петлями. У трьох пацієнтів (18,75 %) прикус був фіксований еластичними тягами у незадовільному положенні, що утруднювало здійснити адекватний огляд рототової порожнини. У двох пацієнтів (12,50 %) при огляді порожнини рота об'єктивізували часткову вторинну адентію зубів, порушення оклюзії, точковий контакт зубів – антагоністів у жувальній групі. У всіх пацієнтів даної групи відзначали значну кількість м'яких зубних відкладень у ділянці фіксації іммобілізуючих конструкцій, біль та гіперемію при пальпації слизової оболонки. За даними рентгенологічного дослідження пацієнтів, котрі звернулись у перші дні після отримання травми з'ясували перелом виросткового відростку нижньої щелепи зі збереженим зміщеним уламком. У трьох пацієнтів (18,75 %) лінія перелому проходила через головку виросткового відростку нижньої щелепи; у шести осіб (37,50 %) – через основу виросткового відростку нижньої щелепи; у чотирьох пацієнтів (25,0 %) через шийку виросткового відростку нижньої щелепи та трьох (18,75 %) – лінії перелому проходили через шийку та основу виросткового відростку нижньої щелепи. Основними скаргами осіб, що звернулися після завершення лікування (7 осіб), були: порушення прикусу та утруднене пережовування їжі, на які вказували 100 % пацієнтів; 57,14 % осіб вказували на утруднене відкривання рота та 42,85 % осіб відзначали порушення рухів нижньої щелепи. Об'єктивно, при огляді пацієнтів, що звернулися за допомогою після завершення консервативного лікування, у 4 пацієнтів діагностували зміни конфігурації обличчя за рахунок посттравматичної

деформації нижньої щелепи, у 2 осіб – девітацію нижньої щелепи різної величини та у 1 пацієнта – дефлексію нижньої щелепи при відкриванні рота. При цьому, у 100 % обстежених спостерігали обмежене відкривання рота; у 57,14 % осіб візуалізували відсутність екскурсії головки виросткового відростку нижньої щелепи та у 71,42 % пацієнтів – гіпомобільність головки виросткового відростку нижньої щелепи.

При огляді ротової порожнини у всіх пацієнтів відзначали порушення оклюзії, зміщення центральної лінії різців нижньої щелепи, порушення міжзубних контактів. Дані рентгенологічного дослідження показали, що у всіх пацієнтів після консервативного лікування перелому виросткового відростку нижньої щелепи була присутня посттравматична деформація та консолидація уламків виросткового відростку нижньої щелепи у неправильному положенні; у двох обстежених був діагностований анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба, визначалося зменшення висоти гілки нижньої щелепи з боку перелому. Водночас, у жодного пацієнта після проведеного консервативного лікування не виявили репозиції малих фрагментів та відновлення анатомічної цілісності гілки нижньої щелепи.

Висновки. Основними ускладненнями після проведення консервативного лікування перелому виросткового відростку нижньої щелепи були посттравматична деформація, девітація та дефлексія нижньої щелепи, а також відсутність репозиції малих фрагментів, що обумовлено недостатністю виконаних діагностичних та лікувальних заходів.

Боровик І.Ю., Циганок Г.О.

ННМІ СумДУ, м. Суми, Україна

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАЗЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПОРІВНЯННІ
З ТРАДИЦІЙНИМИ МЕТОДАМИ ЛІКУВАННЯ ПУЛЬПІТІВ І
ПЕРІОДОНТИТІВ У ДІТЕЙ**

Актуальність проблеми. Сучасне лікування ускладнень карієсу у дітей орієнтоване на збереження вітальної пульпи та повне відновлення функції зуба. Традиційні методи лікування пульпітів й періодонтитів – вітальні або девітальні – часто супроводжуються інвазивними техніками, поступомбувальним болем і ризиком ускладнень, що особливо небажано в дитячому віці.

Використання лазерних технологій у стоматології відкриває нові можливості для безпечного, атравматичного та ефективного лікування. Дія лазерного випромінювання базується на фототермічних та фотомеханічних ефектах, які забезпечують коагуляцію білків, руйнування бактеріальних клітин і стимуляцію клітинного метаболізму. Це зумовлює антибактеріальний, протизапальний і біостимулюючий ефекти, сприяє регенерації твердих і м'яких тканин, знижує больову чутливість і тривожність дітей.

Попри наявність численних досліджень з вищевказаної тематики, зіставлення результатів ефективності лазерних методик у пульпотерапії дітей порівняно з традиційними підходами залишається актуальною, адже потребує уніфікації параметрів і клінічних протоколів.

Мета дослідження. Провести аналітичний огляд сучасних наукових публікацій і порівняльний аналіз ефективності лазерних технологій у лікуванні пульпітів й періодонтитів у дітей відносно традиційних методів лікування.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження ґрунтувалося на систематичному огляді літературних джерел за період 2018-2025 рр. Проаналізовано результати досліджень авторів, які свідчать про ефективність лазерних технологій у лікуванні пульпітів й періодонтитів у дітей. До аналізу включено 42 наукові роботи з таких баз, як: PubMed, Scopus, Google Scholar та українських фахових видань, присвячених використанню лазерів у дитячій стоматології.

Оцінювалися такі показники:

- Клінічна ефективність (скарги, успішність лікування, рецидиви);
- Рівень больової чутливості під час лікування;
- Ступінь елімінації мікрофлори кореневих каналів;
- Швидкість регенерації тканин та відновлення функції зуба;
- Психологічне сприйняття лікування дітьми.

Нами було методологічно застосовано аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизацію клінічних результатів. Розглядали основні типи лазерів: Er:YAG, Nd:YAG, Er,Cr:YSGG та діодні.

Результати дослідження. Результати аналізу свідчать, що лазерна терапія демонструє суттєві переваги над традиційними методами у лікуванні запальних процесів пульпи та періодонта в дітей:

1. Рівень успішності лазерного лікування становив від 90% до 96%, тоді як при використанні традиційних методів – 82-87%.
2. Діти, у яких застосовували Er:YAG або діодний лазер, повідомляли про зниження больових відчуттів на 40-60% по десятибальній шкалі порівняно з групою контролю.
3. Лазери Er:YAG та Nd:YAG забезпечували елімінацію мікрофлори кореневих каналів, зокрема *Enterococcus faecalis* та *Streptococcus mutans*, на рівні 96-99%, що перевищує ефективність гіпохлориту натрію у 1,3-1,5 рази.

4. Під впливом низькоінтенсивного лазерного випромінювання відбувається активація остеобластів і фібробластів, прискорення формування дентинного містка та зменшення запальної реакції пульпи. Формування репаративного дентину відбувається на 25-30% швидше, ніж при використанні традиційних методів лікування.
5. Зменшення страху та тривожності спостерігалось у понад 70% випадків завдяки безконтактності процедури.
6. Використання лазерів замість бормащини підвищує лояльність дітей до стоматологічного лікування, що позитивно впливає на якість співпраці лікаря та пацієнта і полегшує проведення майбутніх маніпуляцій.

Висновки. Лазерні технології забезпечують ефективну, безпечну та біосумісну альтернативу традиційним методам лікування пульпітів та періодонтитів у дітей. Їхні основні переваги – виражений протимікробний ефект, скорочення тривалості лікування, стимулювання репаративних процесів і висока лояльність дітей до методу лікування. Водночас потребують подальшого вдосконалення протоколи застосування цієї альтернативи, стандартизація параметрів лазерного впливу та проведення масштабних клінічних досліджень для підтвердження довгострокових результатів. Подальші дослідження планується спрямувати на власні клінічні спостереження при лікуванні пульпітів і періодонтитів у дітей із застосуванням лазерних технологій.

Буханченко О.П.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

**ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМИ
РУБЦЯМИ ШКІРИ ГОЛОВИ І ШИЇ**

Мета дослідження – оптимізація методів обстеження пацієнтів із патологічними рубцями шкіри голови й шиї завдяки впровадженню в діагностичний алгоритм оцінки їхнього психоемоційного стану.

Матеріали і методи обстеження. Під нашим спостереженням перебували 40 осіб із патологічними рубцями голови й шиї, зі строками розвитку рубцевої тканини від 6 місяців до 1,5 року. З метою вивчення психоемоційного стану пацієнтів спільно зі спеціалістом-психологом використовували опитувальник «МІНІМУЛЬТ» – скорочений варіант Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (MMPI).

Результати обстеження. Дані, отримані за його допомогою, дозволили встановити, що в більшості пацієнтів (29 осіб (78,4%)) на тлі давнього косметичного недоліку виникали явні симптоми психоневротичних порушень. Зокрема, у 15 пацієнтів (32,4%) було виявлено знижений фон настрою в поєднанні з вираженою емоційною лабільністю, тривогою, дратівливістю, апатією і зниженим компонентом боротьби з хворобою; у 11 хворих (29,8%) спостерігалися надмірна стомлюваність, нетерплячість, невпевненість в успішному завершенні хвороби; у 4 людей (10,8%) зафіксовано часті зміни настрою, бажання привертати до себе посилену увагу, театральність поведінки; у 2 пацієнтів (5,4%) були нав'язливі страхи, сумніви в правильності лікування, зниження компонента боротьби з хворобою.

Висновки. Вибираючи оптимальний підхід до обстеження пацієнтів із патологічними рубцями шкіри голови й шиї, необхідно пильну увагу звертати на вивчення психоемоційного статусу пацієнтів. Це дасть змогу

повноцінно обрати психокорекційні заходи, спрямовані на підвищення ефективності лікування й якості життя пацієнтів у цілому.

Ворник В.З.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,

Ужгород, Україна

МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Мета дослідження: на підставі аналізу сучасних публікацій виявити основні тенденції у використанні мінімально інвазивних методів для реабілітації стоматологічних пацієнтів.

Матеріали та методи: використано теоретичні методи, зокрема, аналітико-синтетичні. Проведено аналітичний огляд наукових публікацій в період 2020–2025 рр. із елементами систематичного пошуку у базах PubMed/MEDLINE, *Google Scholar*, Scopus, Web of Science Core Collection, SciELO та LILACS відповідно до рекомендацій PRISMA-S без реєстрації протоколу в PROSPERO; реєстри професійних асоціацій Conselho Federal de Odontologia та Ordem dos Médicos Dentistas – для виявлення клінічних протоколів і рекомендацій.

Результати. Огляд сучасних досліджень показав, що мінімально інвазивні естетичні методи забезпечують відтворюване поліпшення контурів середньої й нижньої третини обличчя, корекцію гіперактивних м'язів після стоматологічних втручань.

Традиційним методом реабілітації стоматологічних пацієнтів при зменшенні об'єму підборіддя, дисгармонії профілю та естетичному дискомфорту після ортодонтичних або ортопедичних втручань є ортогнатична хірургія (геніопластика чи остеотомія), яка дозволяє

забезпечити стабільний результат. Однак операційне втручання є дорогим, потребує госпіталізації й тривалого відновлення; крім того, значна частина пацієнтів не готові до хірургії через страх або супутні патології. З іншого боку, функціональнодіючі ортодотичні апарати ефективні лише у період росту; у дорослих із вираженим дисбалансом рекомендуються хірургічні методи. На цьому тлі мінімально інвазивні естетичні процедури, зокрема ін'єкції ботулотоксину та дермальних філерів набувають популярності як тимчасова альтернатива або доповнення дореабілітації стоматологічних пацієнтів.

За останні 5 років кількість публікацій щодо застосування дермальних філерів у підборідді значно зросла. У 2022 р. ретроспективне дослідження 326 пацієнтів, представлене F. Luo та колегами у серії публікацій у «Patsiyenty. Dermatokhirurhiya» продемонструвало, що середній об'єм ін'єкції становив 1,85 мл, а покращення проєкції підборіддя зберігалось протягом року; більшість побічних явищ обмежувались болем, набряком та незначними гематомами.

Систематичний огляд P. Leão, B. Rodrigues, F. Barros та колег, опублікований в 2023 р. включив 24 дослідження понад 2 200 пацієнтів та показав високу частину задоволених результатом пацієнтів. Серія публікацій в журналі «JCAD» за 2023 р. описала техніку латерально-медіальної ін'єкції, яка дозволяє відновити об'єм підборіддя з мінімальним об'ємом філера та високою безпекою.

Разом з тим є інший погляд на проблему. Так, узагальнений огляд, опублікований V.Doyon, C.Liu, R. Fitzgerald та колег у журналі «Aesthetic Surgery Journal» в 2024 р. показує, що ботулотоксин типу А може зменшувати інтенсивність болю при міогенних розладах СНЩС, але не має переваги над стандартними гнатологічними підходами у

лікуванні суглобових пацієнтів. Тому акцентовано увагу на потенційних деструктивних змінах м'язево-кісткових тканин пацієнтів і рекомендовано розглядати VoNT-A, як «останню лінію» лікування.

Аналіз вітчизняних досліджень стосуються поліпшення зовнішнього вигляду обличчя через втручання в зубощелепну систему або м'які тканини. Ключовими спільними темами є роль гіалуронової кислоти, кальцій гідроксиапатиту, полікапролактону та ботулотоксину у досягненні естетики. Стаття Т. Куцюк в «Сучасна стоматологія (Actual Dentistry)» переконує, що лікування сагітальної аномалії прикусу вимагає комбінованого ортодонтичного лікування естетичними філерами для досягнення максимального естетичного результату. У дисертаційному дослідженні С. Ларкіна більше концентруються на молекулярних/патофізіологічних аспектах впливу гіалуронової кислоти при старінні шкіри та пародонтальних тканин. Тоді як Т. Куцюк і С. Терехов підкреслюють доцільність використання філерів (ГК) поряд із ортодонтією. В усіх дослідженнях вітчизняних та зарубіжних авторів відзначено персоналізацію лікування (з урахуванням типу обличчя, патофізіологічного стану, уподобань пацієнта, віку, статі та ін.), що характерно для міждисциплінарного підходу до гармонізації обличчя під час реабілітації стоматологічних пацієнтів мінімально інвазивними методами.

Висновки. Результати аналізу свідчать про зростаючу в останні роки зацікавленість стоматологічної спільноти поєднанням стоматологічного лікування та естетичної корекції його результатів. Через незначну кількість публікацій нами виявлено прогалини: недостатня кількість рандомізованих досліджень із тривалим спостереженням; неоднорідність методик ін'єкцій і типів філерів; обмежені дані про довготривалі ускладнення; відсутність порівняння з

ортогнатичною хірургією. В перспективі подальших досліджень вбачаємо ґрунтовний систематичний аналіз отриманих клінічних результатів, визначення показань та обмежень ін'єкцій та філерів у стоматологічних пацієнтів.

Галич Л.Б., Курєдова В.Д., Виженко Є.Є.

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

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ З ОРТОДОНТІЇ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ РІВНІ

Мета. Проаналізувати основні підходи до організації освітнього процесу з ортодонтії на післядипломному етапі підготовки лікарів-стоматологів.

Матеріал та методи. Розглянуто сучасні освітні тенденції, вплив цифрових технологій, симуляційного навчання та дистанційних платформ на формування професійних компетентностей лікаря-ортодонта.

Результати. Післядипломна освіта в галузі ортодонтії є невід'ємною складовою безперервного професійного розвитку лікаря-стоматолога. Її метою є поглиблення теоретичних знань, удосконалення практичних навичок та формування клінічного мислення відповідно до сучасних стандартів ортодонтичної допомоги.

Організація освітнього процесу на післядипломному рівні ґрунтується на компетентнісній моделі навчання. Вона передбачає формування таких ключових компетентностей, як:

- клініко-діагностична – здатність збирати анамнез, інтерпретувати результати обстежень, проводити диференційну діагностику та ефективно взаємодіяти з пацієнтом;

- аналітична - уміння інтерпретувати дані ТРГ, ОПТГ, цифрових моделей тощо;
- комунікативна – здатність встановлювати та підтримувати необхідні контакти, використовуючи мовні, невербальні та соціальні засоби, а також розуміння себе та інших в контексті спілкування;
- дослідницька – вибирати методи дослідження, аналізувати та узагальнювати результати;
- етична – це знання, уміння, навички та цінності, що визначають моральну поведінку людини у професійній та особистій діяльності;
- міждисциплінарна – здатність застосовувати знання з різних предметних галузей для вирішення комплексних завдань.

Сучасні умови вимагають інтеграції цифрових технологій у навчальний процес, а саме: віртуальні лекції та вебінари; електронні кейси пацієнтів; цифрове моделювання ортодонтичного лікування; онлайн-тестування та інтерактивні платформи. Такі підходи сприяють самостійній роботі слухачів, підвищують доступність знань та забезпечують безперервність освіти.

Висока ефективність підготовки досягається завдяки впровадженню симуляційних тренінгів, які дозволяють відпрацьовувати техніки фіксації брекет-систем, вигину дуг, встановлення ретейнерів тощо. Симуляційні лабораторії забезпечують безпечне середовище для набуття навичок до початку роботи з пацієнтами.

Післядипломна освіта в ортодонтії має також наукову складову — підготовку до участі в конференціях, написання статей, проведення клінічних спостережень та аналізу результатів лікування. Це стимулює розвиток критичного мислення та формує культуру доказової медицини.

В умовах воєнного часу та обмежених ресурсів особливого значення набувають гнучкі форми навчання — дистанційні курси, короткострокові

модулі, змішаний формат. Важливо також забезпечити психологічну підтримку молодих спеціалістів і мотивацію до професійного росту.

Висновки. Організація освітнього процесу з ортодонтії на післядипломному рівні повинна базуватися на сучасних освітніх технологіях, компетентнісному підході та безперервному професійному вдосконаленні. Поєднання теоретичної підготовки, симуляційного навчання та наукової діяльності забезпечує формування висококваліфікованого фахівця, здатного ефективно працювати в умовах сучасної стоматологічної практики.

Гречанюк Д.В., Бамбуляк А.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ КОРЕКЦІЙНИХ МЕТОДІВ ПРИ ЛІКУВАННІ РУБЦЕВИХ ДЕФОРМАЦІЙ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН

Мета дослідження. Виявити ефективність застосування різних комбінацій корекційних методів лікування рубцевих деформацій щелепно-лицевої ділянки експериментальних тварин.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено з використанням тканинних зразків експериментальних тварин. Було сформовано чотири групи: I група – контрольна, складалася з інтактних тварин; II група – тварини, яким виконували корекцію рубцевих деформацій із застосуванням препарату «Nascar»; III група – тварини, у яких корекція здійснювалася з використанням комбінації «Nascar» та CO₂-лазера; IV група – тварини, яким проводили корекцію із застосуванням комплексної методики: «Nascar», CO₂-лазера та PRP-мікронідлінгу.

Результати дослідження. На 7-у добу після проведеної корекції у тварин II групи у зоні впливу спостерігалось формування струпа, оточеного

зоною демаркаційного запалення, а також розвиток сполучнотканинного регенерату. У грануляційній тканині поверхневі шари характеризуються меншою зрілістю, що проявляється наявністю численних вертикально орієнтованих капілярів. Ці ділянки інфільтровані сегментоядерними нейтрофілами та макрофагами, що свідчить про активну фазу запалення та регенерації. Колагенові волокна у поверхневих шарах грануляційної тканини тонкі та нерівномірно розташовані, у глибших шарах – значно товстіші. Через 14 діб у тварин II групи, в зоні впливу спостерігається формування струпа, який покриває більшу частину регенерату. По периферії регенерат епітелізується, що супроводжується відторгненням струпа. Через 30 діб у тварин II групи, в зоні впливу формується втягнутий рубець, що заміщує більшу частину поверхні, колагенові волокна утворюють потужні, односпрямовані пучки. У підлеглий м'язовій тканині спостерігаються значні зони некрозу, а також виражені ознаки міозиту. Через 60 діб у тварин II групи в ділянці впливу спостерігався формування невеликого рубця, у структурі якого колагенові волокна були щільно розташовані та орієнтовані тангенціально відносно поверхні шкіри. У рубцевій тканині відзначалося збільшення товщини пучків колагенових волокон. При цьому кількість фібробластів значно зменшувалася. Через 7 днів після проведення корекції у тварин III групи спостерігалось повне відновлення епідермального шару в зоні втручання. Дефект був заповнений тонковолокнистою сполучною тканиною, у якій визначалися ознаки макрофагально-нейтрофільної інфільтрації та активного утворення крововиливів. Через 14 днів у тварин даної групи в зоні втручання спостерігається формування рубця, у структурі якого чітко диференціюються зони епідермісу та рубцевої тканини. Епідерміс у ділянці рубця залишається стоншеним. Рубцева тканина представлена тонкими, щільно розташованими пучками колагенових волокон, орієнтованих

тангенціально відносно поверхні епідермісу. Рубцева тканина має високу васкуляризацію та значну кількість фібробластів. Через 30 днів у тварин III групи в зоні впливу спостерігається формування м'якого рубця, де чітко диференціюється епідерміс та рубцева тканина. Товщина регенерату суттєво зростає порівняно з попереднім терміном спостереження. У поверхневому шарі більшість волокон спрямована тангенціально, що свідчить про більш впорядковану організацію волокон, у глибоких шарах – пучки колагенових волокон різноспрямовані, серед них помітні еластичні волокна. Через 60 діб у тварин III групи спостерігається утворення регенерату, який за своєю структурою наближається до нормальної шкіри. Основною особливістю є більш щільне розташування пучків колагенових волокон, а також збільшена кількість фібробластів. У тварин IV групи на 7-ий день після проведення корекції в зоні ушкодження чітко спостерігаються три морфологічно відокремлені зони: зона детриту, яка виконує функцію струпа; зона демаркації; та зона грануляційної тканини, багатой кровоносними капілярами. Зона детриту представлена некротично зміненою шкірою та дермою. Грануляційна тканина характеризується значною кількістю новоутворених кровоносних капілярів. Поверх грануляційної тканини відбувається поступове наростання епідермального шару. Через 14 діб у тварин III групи, в зоні пошкодження все ще виявляється детрит, проте його обсяг суттєво зменшується. Спостерігаються виражені ознаки активної резорбції детриту за участю клітин макрофагальної та фібробластичної популяцій, що вказує на перехід від стадії запалення до стадії регенерації. Через 30 діб у тварин III групи спостерігалось заміщення вогнища ушкодження шкіри тонковолокнистим епітелізованим регенератом, який демонстрував відновлені епідермальні похідні, зокрема волосяні фолікули. Периферична частина регенерату за структурою подібна до навколишньої шкіри, тоді як центральна частина

була сформована тонковолокнистою фіброзною тканиною. Сосочковий малюнок епідермісу в центрі регенерату згладжений. У сполучній тканині регенерату спостерігалось зниження ступеня васкуляризації та кількості фібробластів. На 60-у добу у тварин III групи структура регенерату максимально наближалася до інтактної шкіри.

Висновки. Встановлено, що найефективнішим методом корекції рубцевих деформацій щелепно-лицевої ділянки експериментальних тварин. є комплексний підхід із використанням препарату «Nascar», CO₂-лазера та PRP-мікронідлінгу, який забезпечив швидке та майже повне відновлення структури шкіри, зменшуючи рубцеві зміни й покращуючи якість регенерату. Отримані результати свідчать про доцільність використання цієї терапевтичної стратегії для профілактики патологічного рубцювання та покращення процесів відновлення тканин.

Дворник В.М., Кузь Г.М., Баля Г.М., Тесленко О.І., Кузь В.С.,

Шеметов О.В., Павліш І.В., Мартиненко І.М., Галаган Л.С.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна
ВИВЧЕННЯ ПОТРЕБ НАСЕЛЕННЯ В ЗНІМНОМУ ЗУБНОМУ
ПРОТЕЗУВАННІ ШЛЯХОМ ОЦІНКИ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ
В УКРАЇНІ

Мета дослідження: оцінка демографічної ситуації в Україні для вивчення потреби осіб похилого та старечого віку в ортопедичній стоматологічній допомозі в перспективі з урахуванням змін демографічної ситуації.

Матеріали та методи: для досягнення поставленої мети нами були використані наступні інформаційні ресурси: ретроспективний аналіз демографічної ситуації в Україні за 2012-2022 рр.; шкала демографічного

старіння Ж. Боже-Гарньє – Е. Россета; шкала демографічного старіння ООН та статистична база ВООЗ.

Результати: для вирішення поставленого завдання ми провели ретроспективні дослідження динаміки демографічної ситуації в Україні за 2012-2022 рр. з урахуванням відсотка осіб похилого віку та осіб старечого віку.

Частка людей похилого віку (60-64 роки) коливається від 21,2% (2012 рік) до 24,8% (2022 рік)¹. До моменту повномасштабного вторгнення (за останні 5 років) спостерігається стійка односпрямована тенденція до збільшення відсотка людей похилого віку в Україні від 22,9% у 2018 році до 24,8% у 2022 році¹.

Згідно зі шкалою демографічного старіння Ж. Боже-Гарньє – Е. Россета, українське суспільство характеризується дуже високим рівнем демографічної старості, коли частка осіб у віці 60 років і старше становить 18% і вище.

Згідно зі шкалою демографічного старіння ООН, якщо частка осіб 65 років і старше становить понад 7% відсотків, то населення характеризується як «старе». У випадку українського суспільства частка осіб старечого віку коливається в останнє десятиліття від 15,2% до 17,6%

Висновки:

1. Виходячи з даних ретроспективного аналізу демографічної ситуації в Україні з використанням шкали демографічного старіння Ж. Боже-Гарньє – Е. Россета, українське суспільство характеризується дуже високим рівнем демографічної старості щодо осіб похилого віку (60-64 роки).
2. За показником частки старечого населення (65 років і старше), з використанням шкали демографічного старіння ООН, населення характеризується як «старе».

3. Викладене вище є основою для активізації досліджень зростаючої потреби населення України в знімному протезуванні при частковій і повній втраті зубів та прийнятті управлінських рішень для своєчасного вирішення цієї проблеми.

¹Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

Заболотна І. І.

**Донецький національний медичний університет, Кропивницький,
Україна**

КОМП'ЮТЕРНА МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ ПРИШІЙКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗУБІВ

Багатофакторність причин виникнення пришийкових уражень зубів значно ускладнює можливість їх прогнозування. Саме тому актуальним бачиться зосередитися на виявленні найвагоміших чинників у їх розвитку. На сьогоднішній день у прогнозуванні появи різноманітних захворювань широко застосовуються математичні моделі з високими чутливістю і специфічністю, які дозволяють кількісно оцінювати вплив окремих факторів на результат. Але дедалі все частіше вони поєднують методи машинного навчання, зокрема дерева рішень, ансамблі моделей, нейронні мережі та байєсівські підходи, що стає підґрунтям для узагальнень і розрахунків. Для цього важливими є аналіз результатів обстежень та оцінка факторів ризику.

Мета дослідження - створення статистичної комп'ютерної моделі прогнозування виникнення клиновидного дефекту, пришийкового карієсу та ерозії емалі у пацієнтів молодого віку.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 272 пацієнта, середній вік яких склав $24,3 \pm 6,9$ роки. Клінічне обстеження включало збір скарг і даних анамнезу, огляд, індексну оцінку стану твердих тканин зубів і пародонта, визначення рівнів гігієни ротової порожнини та особистісної тривожності; анкетування за допомогою спеціально розробленої анкети / опитувальника.

За результатами обстеження і статистичної обробки отриманої інформації було визначено більш ніж 120 потенційних предикторів. Для кількісної оцінки сили зв'язку між кожним фактором та ризиком розвитку зазначених уражень зубів були розраховані відносні ризики (RR). Це дозволило визначити, наскільки наявність того чи іншого фактору підвищує ймовірність виникнення патології. За результатами аналізу було виділено фактори, що мали статистично значимий вплив на розвиток хоча б одного з зазначених пришийкових уражень зубів. Саме ці предиктори були включені в якості вхідних даних до математичної моделі, яка в подальшому була використана для побудови алгоритму прогнозування та обробки даних за допомогою комп'ютерних технологій.

Результати. Був апробований метод ансамблевого навчання – алгоритм Random Forest, реалізований у мові програмування Python. Цей підхід ґрунтується на побудові множини дерев рішень, що функціонують у режимі «колективного голосування», забезпечуючи тим самим високу точність класифікації, стійкість до шуму в даних і здатність виявляти приховані закономірності. Для розробки програмного забезпечення було використано бібліотеки pandas та numpy (обробка даних), scikit-learn (побудова моделей машинного навчання), matplotlib (візуалізація), openpyxl (робота з файлами Excel) та joblib (збереження моделей для подальшого використання). Такий набір інструментів забезпечує відтворюваність

результатів, зручність інтеграції та можливість використання моделі поза межами дослідницького середовища.

Особливу увагу було приділено процедурі визначення оптимального порогу класифікації. Замість стандартного фіксованого значення (0,5) було застосовано динамічний, або так званий плаваючий поріг. Його визначають за допомогою out-of-fold прогнозування та подальшої оптимізації метрики F1-score. Такий підхід дозволив врахувати дисбаланс класів, який часто зустрічається у медичних даних, та досягти кращої узгодженості між чутливістю й специфічністю створеної моделі.

Для уникнення перенавчання було застосовано стратегію перехресної перевірки (Stratified K-Fold cross-validation), що забезпечує більш об'єктивну оцінку якості моделі на нових даних. Кожне дерево у складі Random Forest будується на випадкових підмножинах даних та ознак, що додатково підвищує узагальнюючу здатність моделі та знижує ризик надмірного підлаштування під навчальну вибірку.

Створений алгоритм передбачає можливість багаторазового перенавчання моделі у випадку накопичення нових клінічних даних. Для цього достатньо завантажити оновлену вибірку та перезапустити процес тренування. Отже, розроблена статистична комп'ютерна модель поєднує сучасні методи машинного навчання з практичними інструментами для клінічної практики. Це дозволяє не лише будувати прогнози з високою точністю, але й підтримувати подальше збільшення бази знань, проводити аналіз відносної інформативності клінічних показників та створення профілактичних стратегій, орієнтованих на конкретні групи пацієнтів. Модель, що збережена у вигляді pipeline, автоматично враховує необхідні попередні етапи – заміщення пропусків, побудову ансамблю та визначення ймовірностей. Це робить її придатною для використання у динамічних дослідженнях, де дані постійно оновлюються.

Важливим функціоналом є можливість прогнозування для первинного пацієнта. Для цього було розроблено спеціальний шаблон в Excel із необхідними клініко-біологічними показниками. Дослідник або клініцист може внести індивідуальні дані пацієнта у шаблон, після чого програма автоматично обробляє дані, виконує імпутацію пропусків, генерує ймовірність розвитку пришийкової патології зубів та видає бінарний прогноз з урахуванням оптимального порогу.

Висновки. Результати прогнозування виникнення пришийкової патології зубів за допомогою розробленої комп'ютерної моделі у пацієнта молодого віку дозволять лікарю-стоматологу обґрунтувати індивідуальний план первинних профілактичних заходів і визначити їх ефективність у динаміці.

Іленко -Лобач Н.В., Іленко Н.М., Ніколішина Е.В.

Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ТВЕДРИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОСОЦІАЛЬНИМ СТРЕСОМ

Актуальність. Російська збройна агресія проти України – це жахливе випробування, яке випало на долю нашої Батьківщини в теперішні часи. З точки зору впливу на здоров'я людей бойові дії воєнного часу – це екстремальний стресовий фактор, в першу чергу психосоціального характеру.

Він виникає внаслідок взаємодії між психологічними потребами людини та соціальним середовищем, яке зазнало різких та негативних змін в результаті внутрішнього переміщення. Цей стрес може відігравати не останню, а інколи і провідну, роль у етіо-патогенетичних механізмах розвитку патологічних станів організму в цілому та порожнини рота зокрема.

Метою дослідження став аналіз та оцінка стану твердих тканин зубів осіб, що зазнали психосоціального стресу в наслідок внутрішнього переміщення.

Матеріали та методи. Учасниками дослідження стали 43 особи, що були розділені на 2 групи. І група - 29 внутрішньо переміщених осіб, що перебувають на території Полтавської територіальної громади та звернулися за стоматологічною допомогою. ІІ група – 14 молодих осіб, що є здобувачами освіти 4 курсу Полтавського державного медичного університету та приїхали на навчання з зони ведення активних бойових дій, регіонів, що є окуповані ворогом. Всім учасникам дослідження визначали індекс КПВ та гігієнічний індекс ОНІ-S за Green-Vermillion. Обстеженим ІІ групи визначали додатково індекс ICDAS II.

Результати дослідження: Поширеність одонтопатології становить 100% для учасників обох груп дослідження. Цей результат в цілому відповідає аналогічному показнику для дорослого населення України. Індекс КПВ для І групи респондентів становив $10,9 \pm 1,33$, що у 5 разів перевищує індекс КПВ для населення України в середньому (Moreira R., 2012). Для ІІ групи дослідження індекс КПВ склав $5,13 \pm 0,85$, тобто був в 2 рази нижчим за цей показник для І групи. Оскільки учасники ІІ групи – це майбутні стоматологи, то можна пояснити такий результат їх високим рівнем освіченості в питаннях стоматологічного здоров'я. Індекс ICDAS для ІІ групи дослідження становив в середньому $4,28 \pm 0,93$. При цьому переважали вогнища ураження з кодами 1 (перші візуальні зміни в емалі, що видимі лише після тривалого висушування) та 2 (видимі зміни емалі зуба у вигляді білої чи коричневої плями), що свідчить про активну стадію карієсу у респондентів даної групи. Більш детальний аналіз індексу ICDAS в ІІ дослідній групі дозволив виявити, що лише у 1 дівчини не було виявлено жодного ураження твердих тканин навіть на початковій некавітальній стадії, у всіх інших 13 осіб були виявлені ураження зубів різних ступенів та

кодів. При цьому у 4 осіб (28,57 %) діагностовані монотипні ураження відповідно до одного коду, а у 9 осіб (64,29 %) - ураження, що відповідають 2 і більше кодами за системою ICDAS.

Гігієнічний індекс ОНІ-S за Green-Vermillion для І групи обстежених осіб становить $1,45 \pm 0,08$, а для ІІ групи - $0,94 \pm 0,08$. Спостерігаємо, що у ІІ дослідній групі рівень гігієнічного догляду в 1,5 разів кращий, ніж в І дослідній групі. Це також може бути пов'язано з молодим віком учасників ІІ групи та їх порівняно високим рівнем обізнаності та вмотивованості з питань збереження стоматологічного здоров'я.

Висновки: особи, що переїхали, рятуючи власне життя та уникаючи агресії ворога, а також молодь, яка приїхала в наш регіон з метою продовження навчання та здобуття повноцінної освіти, мають значні ураження твердих тканин зубів, в тому числі і в некавітальній стадії, що вказує на високу активність каріозного процесу. Такі люди потребують не лише психологічної та матеріальної підтримки і допомоги, але і особливої уваги до стану їх здоров'я в цілому і порожнини рота зокрема.

Касіян Д.В., Мокрик О.Я., Винарчук - Патерега В.В.

**ДНП «Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького», м.Львів, Україна**

РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ОСТЕОГЕНЕЗУ ДІЛЯНОК АУГМЕНТАЦІЇ ПЕРЕДНІХ СТІНОК ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ ПРИ ВИКОРИСТАННІ АУТОЛОГІЧНОГО БІОАДГЕЗИВУ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТУ

Мета роботи. Оцінити у порівняльному аспекті вплив аутологічного біоадгезиву на репаративний остеогенез ділянок аугментації передніх

стінок верхньощелепних пазух піддослідних тварин (кролів) шляхом визначення їх оптичної щільності на цифрових рентгенограмах.

Матеріали та методи. Дослідження схвалено комісією з питань етики наукових досліджень, експериментальних розробок і наукових творів ДНП «Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького». Дослідження проводили на 21 експериментальних статевозрілих безпородних кролях, віком 6-8 місяців, вагою 2,5-3,0 кг, які утримувалися в умовах віварію згідно із «Санітарними правилами по облаштуванню, обладнанню та утриманню експериментально-біологічних клінік (віварію)». Тварин було поділено на дві піддослідні групи: основну - 12 тварин та контрольну - 9 тварин. Усім тваринам під загальною внутрішньовенною анестезією тіопенталом натрію проведено хірургічне втручання - аугментацію в передній стінці верхньощелепної пазухи за допомогою остеопластичного матеріалу тваринного походження (бича кістка) «CeraBone». У контрольній групі цю операцію виконували стандартним методом, а в основній - із додаванням до трансплантаційного матеріалу аутоклею на основі фібрину. Аутологічний фібриновий клей виготовляли за методикою Oz M.C. (1992 p.) модифікованою Alston S.M. та співавторами (2008 p.).

Процес остеогенезу у верхньощелепних кістках оцінювали через 1, 3 та 6 місяців післяопераційного періодів. Для цього в основній групі у вказані терміни виводили з експерименту по 4 кролі – підгрупи: О1, О3, О6; у контрольній групі відповідно декапітували по 3 кролі – підгрупи: К1, К3, К6. Цифровий аналіз рентгенограм ділянок регенерату верхньощелепних кісток піддослідних тварин проводили шляхом визначення в них оптичної щільності за допомогою програмного засобу Image J, розробленого у 2007 р. National Institutes of Health (Канада), який дозволяє аналізувати будь-яку вибрану ділянку щелепової кістки в умовних одиницях яскравості (ум. од.)

у градаціях сірого – від 0 до 256 (мінімальні значення відповідали фону рентгенограми). Оціночні градації: 0 - чорний колір (відсутність кістки), 256 ум. од. - білий колір (максимальна щільність кістки). Для визначення щільності кісткової тканини ми проводили бінаризацію стандартного рентгенологічного зображення. У кожному випадку ділянки аугментації верхньої щелепи порівнювали з неушкодженою ділянкою кісткової тканини - основою перегородки носа. Обробка одержаних результатів проводилась з використанням стандартного статистичного пакету Microsoft Excel.

Результати досліджень. Проведені рентгенологічні дослідження свідчать, що в усіх тварин основної групи репаративний остеогенез у ділянках аугментації передніх стінок верхньощелепних пазух виявився ефективнішим у порівнянні з контрольною групою в усі терміни спостереження - у 1, 3 та 6 місяці післяопераційного періоду. Зокрема, через 1 місяць після проведених хірургічних втручань у ділянках верхньощелепних пазух кролів контрольної групи (К1) оптична щільність ділянок аугментації становила $106,75 \pm 6,82$ ум.од., водночас у тварин основної групи вона була дещо вищою - $138,23 \pm 9,41$ ум. од., $p > 0,05$.

Через три місяці нами виявлено, що відбувається й надалі зростання відмінностей у показниках оптичної щільності в ділянках аугментації верхніх щелеп кролів груп порівняння. В контрольній групі цей показник становив $150,24 \pm 9,33$ ум. од., а в основній групі - $175,64 \pm 5,13$ ум. од., $p < 0,05$.

Через 6 місяців післяопераційного періоду в тварин обох експериментальних груп відбувалось зростання оптичної щільності ділянок аугментації передніх стінок верхньощелепних пазух, що було зумовлено завершенням в них формування трабекулярної структури та активною мінералізацією кісткового регенерату. Цей процес був більш вираженим у кролів основної групи й сягав $214,73 \pm 10,12$ ум.од. Водночас в контрольній

групі середній показник оптичної щільності остеорегенерату становив $188,94 \pm 9,91$ ум. од.

Як свідчать дані експерименту, застосування аутоклею на основі фібрину в остеопластичному матеріалі (бича кістка) забезпечує кращі результати остеогенезу верхньощелепних кісток у порівнянні із використанням класичного методу аугментації стінок верхньощелепних пазух вже через 1 місяць післяопераційного періоду. Через 3 місяці лабораторних спостережень ця відмінність у показниках оптичної щільності кісткової тканини в ділянках репаративного остеогенезу верхніх щелеп кролів вже була статистично вірогідною ($p < 0.05$).

Висновок. Отримані результати динамічних рентгенологічних досліджень оптичної щільності ділянок аугментації передніх стінок верхньощелепних пазух піддослідних тварин свідчать про те, що репаративний остеогенез на всіх його етапах проходить активніше після використання аутологічного біoadгезиву у кістковому трансплантаті у порівнянні із класичним методом остеопластики.

**Котелевська Н.В., Костиренко О.П., Бублій Т.Д., Іваницький І.О.,
Сідаш Ю.В., Ніколішин А.К.**

**Полтавський державний медичний університет
МЕДИКАМЕНТОЗНА МАЛОІНВАЗИВНА ТЕРАПІЯ
ЕНДОПЕРІОДОНТАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ**

Ендоперіодонтальні ураження (ЕПУ) становлять складну клінічну проблему сучасної терапевтичної стоматології, оскільки поєднують патологічні зміни у пульпі та тканинах пародонту, що взаємно обтяжують перебіг запалення. Їх етіопатогенез зумовлений інфекційними, імунними, травматичними та окклюдійними чинниками, що призводять до поширення запального процесу через дентинні каналці, додаткові кореневі канали або

апикальний отвір. Але першорядним є мікробне забруднення, що призводить до запальної реакції і внаслідок її – до пошкодження тканин пульпи та пародонту. Також ендодонтичні та пародонтальні захворювання можуть розвиватись незалежно в одному зубі та поєднуватись під час їх тривалого перебігу.

Мікроорганізми відіграють основну роль у розвитку ендоперіоуражень. При чому мікробіологічні дослідження показують тотожну мікробіоту в корневих каналах та пародонтальних кишнях ураженого зуба.

Традиційні методи терапії — інструментальна та медикаментозна обробка корневих каналів, антисептична і протизапальна терапія — часто виявляються недостатньо ефективними при наявності вираженого запального або гнійного процесу. Це зумовлює необхідність удосконалення консервативних підходів.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування хворих з ендоперіодонтальними ураженнями.

Матеріали та методи: клінічні та рентгенологічні дослідження проводили на базі кафедри терапевтичної стоматології Полтавського державного медичного університету та Полтавського обласного центру стоматології – стоматологічна клініка.

Після обстеження діагноз ставили за Класифікацією захворювань та станів тканин пародонту і периімплантних тканин EFP & AAP Word Workshop, 2017). Діагностику верхівкового періодонтиту проводили спираючись на класифікацію Лукомського І.Г. (1939 р.).

У дослідження було включено 42 пацієнтів віком від 18 до 60 років, у яких діагностовано ендоперіодонтальні ураження різного ступеня.

Для терапії використовували медикаментозний комплекс, який вводять у кореневий канал і періапикальне вогнище запалення на 3 доби у вигляді суспензії:

лінкоміцина гідрохлорид 0,25 г (1 капс) – 1 частина;

метронідазол 0,25 г (1 табл) – 1 частина;

фуразолідон 0,05 г (1 табл) – 1 частина;

розчин димексиду 50% - quantum satis

Деклараційний патент № 5569, автори Котелевська Н.В., Ніколішин А.К.

Результати: використання медикаментозного комплексу, до складу якого входять лінкоміцин, метронідазол, фуразолідон і димексид, забезпечує виражену протимікробну, протизапальну та остеотропну дію, нормалізує місцевий гемостаз і стимулює репаративні процеси в періодонті.

Висновки: комплексний підхід до лікування ендоперіодонтальних уражень дає змогу досягти успішних результатів реабілітації пацієнтів з різними типами комбінованих патологій, що дозволить значно покращити якість стоматологічного лікування.

Застосування запропонованої методики розширює межі консервативного лікування ускладненого карієсу та ендоперіодонтальних уражень, зберігаючи зуб і функціональну цілісність зубощелепного апарату.

Лісецька І.С., Ковалишин А.Ю.

Івано-Франківський національний медичний університет,

м.Івано-Франківськ, Україна

АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ СЕРЕД ОСІБ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Мета дослідження – провести аналіз поширеності гіперестезії зубів серед різних вікових груп для подальшого розроблення схеми лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Було проведено опитування за допомогою спеціально розробленої анкети 110 осіб віком від 18 до 55 років (52 особи чоловічої статі та 58 осіб жіночої статі). Анкета включала 20 питань, які стосувалися виявлення факту наявності гіперестезії, поширеності патологічного процесу, характеру, інтенсивності больової реакції та причин виникнення, наявності інших стоматологічних захворювань та соматичних хвороб тощо. Перед анкетуванням респондентам надавалось роз'яснення, щодо опитувальника, мети роботи, конфіденційності. Для статистичного оброблення матеріалу під час дослідження застосовано комп'ютерні програми на основі «Microsoft Excel та «Statistica 12.0». Результати порівняння прийнято достовірними за $p < 0,05$.

Результати. Аналіз відповідей респондентів дозволив виявити високий рівень поширеності гіперестезії зубів серед учасників дослідження, а саме на запитання «Чи турбує Вас підвищена чутливість зубів?» позитивну відповідь надало 68,4 % опитаних. Негативну відповідь або затруднялися відповісти надали 31,6 % учасників анкетування. Більшість опитаних, а саме 89,9 % вказали, що біль чи дискомфорт виникає під дією подразників. Лише 10,1 % учасників анкетування виникає біль спонтанно. Серед опитаних, що надали позитивну відповідь, домінували скарги із значним відривом на появу болю від холодного подразника - 41,3 % відповідей респондентів. Другу позицію зайняли скарги на появу больових відчуттів від солодкого – надали відповідь 17,4 % опитаних. На третьому місці – скарги на гіперестезію спровоковану вживанням гарячого та кислого – по 14,7 % відповідей за кожний подразник. 13,8 % анкетованих вказали на появу болю в зубах при вдиханні повітря. Крім того, 10,1 % респондентів відмітили появу дискомфорту під час чищення зубів і 9,2 % - від тиску під час жування. Біль – це завжди неприємне відчуття. Але його інтенсивність у різних людей може бути різною та залежить від багатьох різноманітних факторів, для її

визначення під час анкетування ми використовували модифіковану візуальну аналогову шкалу болю. Загалом у опитаних, що вказали на наявність гіперестезії більшість оцінюють біль середньої інтенсивності. На другому місці були відповіді, що свідчать про біль слабкої інтенсивності. Однак 6 осіб вказали на дуже сильний біль і тільки 1 особа повідомила про нестерпний біль (10 балів). Аналіз відповідей серед всіх учасників дослідження на питання «Скільки зубів, на вашу думку, є чутливими?» виявив, що більшість опитаних турбує локалізована форма гіперестезії 1-2 зубів, а саме 74,1 %. Значно менше респондентів – 16,7 % скаржаться на біль чи дискомфорт в 3-6 зубах. 7,4 % анкетованих вказали на генералізацію патологічного процесу, біль чи дискомфорт від подразників в усіх зубах.

Висновки. Було встановлено, що гіперестезія зубів є актуальною проблемою, що впливає на стоматологічне здоров'я та сигналізує про різноманітні захворювання зубо-щелепової системи, має різні шляхи виникнення та розвитку. Оскільки дана патологія є актуальною у наш час, варто звертати увагу на його профілактику та лікування.

Мацюк Д.І., Кузняк Н.Б.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ
ОСТЕОТРОПНОЇ ТА МІСЦЕВОЇ РЕГЕНЕРУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ
ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Мета дослідження. Провести оцінку ефективності проведеного лікування пацієнтів із переломами нижньої щелепи з застосуванням загальної остеотропної та місцевої регенеруючої терапії за даними клінічних методів дослідження.

Матеріали та методи дослідження. Проведено огляд, обстеження та лікування 151 пацієнта з діагностованим переломом нижньої щелепи (НЩ).

Проаналізовано основні клінічні симптоми у пацієнтів із переломом нижньої щелепи в залежності від віку й статі госпіталізованих. Для оцінки клінічного стану порожнини рота у пацієнтів обох статей із переломами НЩ застосовували індекс гігієни порожнини рота (ОНІ-S) та індекс кровоточивості ясен (РВІ). Вибір саме цих індексів був зумовлений тим, що фіксація щелепи за допомогою шин, міжзубних лігатур та їхнє обв'язування навколо кожного зуба призводить до травматизації тканин пародонта, зокрема міжясенних сосочків, та істотно ускладнює здійснення індивідуальної гігієни порожнини рота пацієнта на різних етапах після іммобілізації перелому.

Результати дослідження. Через 3 доби після іммобілізації 45,12 % осіб обох статей скаржилися на біль та 54,88 % пацієнтів – набряк шкірних покривів обличчя у ділянці перелому НЩ. При цьому, 34,14 % обстежених вказували на оніміння шкіри обличчя та слизової оболонки порожнини рота (СОПР) на стороні перелому НЩ. Зміна конфігурації обличчя була присутня у 17,07 % осіб та у 23,17 % пацієнтів візуалізували гематому на слизовій оболонці присінку рота. Водночас, на 3-у добу спостережень у пацієнтів була відсутня патологічна рухомість кісткових уламків та їхня крепітація, не виявляли симптом «непрямого навантаження», порушення змикання зубних рядів, наявності «кісткової сходинки», розриву СОПР та порушення прикусу. На 7-у добу після іммобілізації відзначали зменшення у 2,5 раза – наявності болю, у 1,9 раза – оніміння шкірних покривів та СОПР на стороні перелому НЩ, у 2,1 раза – набряку шкіри обличчя, у 1,5 раза – наявності гематом слизової оболонки присінку рота у пацієнтів із переломом НЩ у порівнянні з попереднім терміном дослідження (3 доба). За даними проведених досліджень встановлено, що до іммобілізації у чоловіків та жінок з переломами НЩ значення індексу ОНІ-S становило $1,84 \pm 0,08$ бали та $1,76 \pm 0,67$ бали, $p_1 > 0,05$, відповідно. На 3-у добу після

імобілізації досліджували зростання значень параметру, який вивчали у осіб обох статей з переломами НЩ, однак отримані дані вірогідно не відрізнялись від значень до імобілізації, $p, p_1 > 0,05$. На 7-у добу після імобілізації значення індексу ОНІ-S у пацієнтів чоловічої статі значно погіршувалося і було у 1,2 раза вищим вихідних даних, $p < 0,05$. У жінок з переломами НЩ значення показнику, який вивчали збільшувалося до $1,90 \pm 0,09$ бали, що однак, вірогідно не відрізнялося від даних до імобілізації, $p > 0,05$, $p_1 < 0,05$. Через 1 місяць після проведення лікування, завдяки проведенню комплексних заходів по покращенню гігієни порожнини рота у осіб з переломами НЩ, досягали вихідного рівня гігієни порожнини рота зі середнім значенням ОНІ-S $1,72 \pm 0,07$ бали, $p, p_1 > 0,05$. Встановлено, що значення індексу кровоточивості ясен РВІ у чоловіків з переломами НЩ до імобілізації становило $1,50 \pm 0,05$ бали, що було у 1,7 раза вищим ніж у жінок з травматичними ураженнями НЩ до лікування, $p_1 < 0,01$. На 3-у добу досліджень значення параметру, який аналізували зростало стосовно вихідних даних у 1,2 раза, як у чоловіків так і жінок з переломами НЩ, $p < 0,01$, $p_1 < 0,01$. Максимальні значення індексу РВІ досліджували на 7-у добу після імобілізації, які були вищими вихідних даних у 1,6 раза – у чоловіків та у 1,5 раза у жінок, $p, p_1 < 0,01$, з травматичними ураженнями НЩ. Через 1 місяць після імобілізації, завдяки оптимізації гігієнічних заходів ротової порожнини у даної когорти пацієнтів, досягали зниження значень параметру, яке у жінок з переломами НЩ вірогідно не відрізнялися від вихідних даних ($1,00 \pm 0,05$ бали проти $0,90 \pm 0,03$ бали, $p > 0,05$), але було у 1,7 раза нижчим, $p_1 < 0,01$, аніж у чоловіків з травматичними ураженнями НЩ.

Висновок. Застосована нами загальна остеотропна терапія та проведені місцеві регенеруючі заходи, у вигляді ін'єкцій збагаченої тромбоцитами плазми у проекцію перелому НЩ у ділянці перехідної

складки та фонофорез з гелем «Бішофіт Полтавський» нашкірно у проекцію лінії перелому, мотивація пацієнтів до проведення гігієнічних заходів у процесі іммобілізації щелеп зумовили позитивну динаміку регенерації кісткової тканини при лікуванні травматичних уражень НЩ, що підтверджено даними гігієнічного індексу порожнини рота та індексу кровоточивості ясен пацієнтів, які відповідали вихідним даним до іммобілізації щелеп, $p > 0,05$. Водночас, у пацієнтів контрольної групи з переломами НЩ, у яких не проводився комплекс заходів для курації остеодефіциту, всі проаналізовані значення клінічних показників характеризувалися менш вираженою позитивною динамікою.

Опеха О. Ю.

ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ, Україна
ОКРЕМІ ПИТАННЯ ТИПІВ РОСТУ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА У
ПАЦІЄНТІВ З ДИСТАЛЬНИМ ПРИКУСОМ

Вступ. Дистальний прикус (II клас за Енглем) є найпоширенішою зубощелепною аномалією у сагітальній площині, яка характеризується превалюванням ВЩ за рахунок надмірного її розвитку та антиположення в черепі або недорозвитком НЩ та її ретроположенням у черепі. На сьогодні питання, що стосуються особливостей будови лицевого черепа та його ротації ще недостатньо вивчені. Їхнє дослідження дозволить об'єктивізувати не тільки діагностику форм ДП (II клас), а й вибір раціонального методу лікування.

Мета – визначити особливості будови лицевого черепа з урахуванням типу росту та його ротації у пацієнтів з дистальним прикусом (II клас).

Матеріали та методи. Під час дослідження було отримано і проаналізовано 83 телерентгенограм пацієнтів із ДП (II клас) віком від 10 до 23 років, які проходили ортодонтичне лікування. При цьому аналізувалися

цефалограми. Також за методом J. Jarabak визначався тип росту лицевого черепа та його ротація.

Результати.

У 83 пацієнтів з дистальним прикусом (II клас за Енглем) $\angle \text{Sum}^\circ$, який характеризує тип росту лицевого черепа, варіював від 370° до 415° з середнім значенням $395,3^\circ$. Зокрема при горизонтальному типові росту з ротацією проти годинникової стрілки у 18 (21,7%) осіб показник сягав від 370° до 390° з середнім значенням $385,8^\circ \pm 1,8$, тобто мав тенденцію до зменшення. При вертикальному типові росту з ротацією за годинниковою стрілкою у 41 (49,4%) особи – від 399° до 415° з середнім значенням $404,7^\circ \pm 2,3$, тобто мав тенденцію до збільшення. При нейтральному типові росту, тобто у 24 (28,9%) осіб $\angle \text{Sum}^\circ$ варіював від 391° до 398° з середнім значенням $395,6^\circ \pm 0,8$.

Серед складових сумарного кута $\angle \text{Sum}^\circ$ найбільшу варіабельність проявляв кут сидла $\angle \text{N-S-Ar}$ у пацієнтів з вертикальним типом росту лицевого черепа – $128,3^\circ \pm 3,8$. У осіб з горизонтальним типом росту варіабельність даного кута була дещо нижчою і складала $136,9^\circ \pm 2,3$, а при нейтральному – $138,6^\circ \pm 2,0$.

Що стосується щелепного кута $\angle \text{Ar-Go-Me}$, то варіабельність його величини також була дещо вищою у пацієнтів з вертикальним типом росту і становила $133,3^\circ \pm 2,6$, тоді як при горизонтальному та нейтральному – $119,8^\circ \pm 1,8$ та $125,8^\circ \pm 1,5$ відповідно.

Великого значення J. Jarabak надавав і лінійним вимірюванням, особливо довжині основи черепа, як передній (S - N), яка в нормі $71 \text{ мм} \pm 3 \text{ мм}$, так задній (S - Ar), яка в нормі $32 \text{ мм} \pm 3 \text{ мм}$. Так, при нейтральному типові росту лицевого черепа передня довжина основи черепа варіювала від 55 мм до 73 мм з середнім значенням $67,5 \text{ мм} \pm 1,7 \text{ мм}$., а задня – від 21 мм до 36 мм з середнім значенням $30,9 \text{ мм} \pm 1,5 \text{ мм}$. При горизонтальному

типів росту передня довжина основи черепа варіювала від 64 мм до 70 мм з середнім значенням $68,2 \text{ мм} \pm 1,4 \text{ мм}$, а задня - від 28 мм до 31 мм з середнім значенням $31,7 \text{ мм} \pm 1,2 \text{ мм}$. При вертикальному типі росту передня довжина основи черепа варіювала від 53 мм до 78 мм з середнім значенням $66,1 \text{ мм} \pm 2,2 \text{ мм}$, а задня - від 22 мм до 31 мм з середнім значенням $31,6 \text{ мм} \pm 6,7 \text{ мм}$, тобто з більшою варіабельністю.

Дані наших вимірювань засвідчили, що висота гілок (Ag -Go) у пацієнтів з дистальним прикусом варіювала при вертикальному типі росту від 34 мм до 61 мм з середнім значенням $43,9 \text{ мм} \pm 3,1 \text{ мм}$, при нейтральному - від 38 мм до 62 мм з середнім значенням $46,5 \text{ мм} \pm 2,5 \text{ мм}$, а при горизонтальному - від 43 мм до 65 мм з середнім значенням $51,5 \text{ мм} \pm 1,7 \text{ мм}$, тобто була значно більшою. Окрім того, довжина площини тіла нижньої щелепи (Go - Me) у пацієнтів з вертикальним типом росту була меншою і становила $64,1 \text{ мм} \pm 3 \text{ мм}$ і варіювала від 53 мм до 79 мм, при горизонтальному – від 56 мм до 81 мм з середнім значенням $68,4 \text{ мм} \pm 1,7 \text{ мм}$, при нейтральному - $66,7 \text{ мм} \pm 2 \text{ мм}$ та варіювала від 56 мм до 78 мм.

Співвідношення задньої (S - Go) висоти обличчя з передньою висотою (N - Me), яка при нормі складає 62-65 %, спостерігалось лише у 25 (29,4%) пацієнтів з дистальним прикусом, зокрема у 3 (3,5%) з вертикальним типом росту, у 9 (10,6%) з нейтральним типом росту та у 13 (15,3%) осіб з горизонтальним типом росту лицевого черепа.

Висновки. Визначення типу росту лицевого черепа за J. Jarabak у пацієнтів з ДП (II клас) є основним діагностичним критерієм при проведенні диференційної діагностики цієї зубощелепної аномалії, а також при виборі методу лікування та прогнозування його результату.

Рябоконт Є.М.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків,

Україна

**АНАЛІЗ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЇ РОЛІ КАФЕДРИ ОПЕРАТИВНОГО
ЗУБОЛІКУВАННЯ З ЩЕЛЕПНОЮ ОРТОПЕДІЄЮ У ФОРМУВАННІ
ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНОГО ЛІКАРЯ-ОДОНТОЛОГА (1921-1927 рр.)**

Вступ. Одонтологічний факультет Харківського медичного інституту, створений у 1921 році, мав чітку цільову установку: підготовка лікаря-одонтолога високої кваліфікації з ґрунтовною загальнобіологічною та загальномедичною базою. Цей підхід був прямо протилежний московській моделі, де одонтологія розглядалася як спеціальність, яку міг обрати лікар, що прослухав відповідний курс на медичному факультеті. Керівництво харківського факультету наполягало на тому, що загальні лікарі не зможуть вирішити проблему забезпечення населення зуболікарською допомогою в державному масштабі, особливо на периферії.

Досягнення цієї цілі вимагало створення високоспеціалізованих кафедр, які б забезпечили інтенсивну мануальну та клінічну підготовку. Серед спеціальних кафедр, що вивчали одонтологію у всьому її обсязі, ключову роль відігравала кафедра оперативного зуболікування з щелепною ортопедією, як основний центр хірургічної та прикладної практичної освіти.

Метою є оцінка структури, навчального навантаження, клінічного матеріалу та педагогічних методів кафедри оперативного зуболікування з щелепною ортопедією (1921-1927 рр.) для підтвердження її ефективності у досягненні заявленої факультетом мети – підготовки спеціалістів, які володіють прикладною частиною одонтології.

Результати та обговорення. За 6 років існування факультету, кафедра оперативного зуболікування з щелепною ортопедією була однією із спеціальних кафедр, які очолювалися професорсько-викладацьким

складом, що не мав у своїх рядах жодного зубного лікаря, а лише лікарів з повною медичною освітою або випускників-лікарів-одонтологів. Завідувачем кафедри був професор І.С. Гайзенберг. Йому допомагали старший асистент доктор Л.М. Лінденбаум, асистент доктор С.Є. Шуб та лаборант доктор А.Я. Боев.

Навчальний план відводив цій дисципліні значний обсяг годин, підкреслюючи її пріоритетний статус. Оперативне зуболікування вивчалось півтора року на III (II півріччя) та IV курсах, сумарно займаючи 200 годин теоретичних та практичних занять. Це навантаження було визнано цілком достатнім для спеціального вивчення та поглиблення знань із цього розділу та засвоєння прикладної частини одонтології.

Кафедра мала спеціалізовану клінічну базу, що включала екстракційну кімнату на два крісла та чисту операційну з операційним столом та кріслом. На цій базі майбутні лікарі-одонтологи виконували хірургічні маніпуляції. Самостійно проводили екстракції, секвестротомії, розкриття абсцесів та інші дрібні операції в порожнині рота, працюючи невеликими групами. Освоювали техніку місцевої анестезії, включаючи мандибулярну, а також усі інші види провідникової та регіонарної анестезії. Вимагалось повне втілення в практику основ хірургічної асептики та антисептики, отриманих на загальній із медиками кафедри хірургічної патології. Студенти брали участь в операціях у порожнині рота.

Дані за академічний 1926-1927 рік дають чітке уявлення про інтенсивність практичної підготовки, що є критично важливим показником ефективності кафедри. За цей період через клініку кафедри пройшло 1904 пацієнти. Студенти здійснили значний обсяг маніпуляцій, підтверджуючи високий рівень їхньої залученості та мануальної практики.

Загальна кількість хворих становила 1904 особи. Із цієї кількості 1637 були хворими першого відвідування, а 267 – повторними хворими.

Хірургічний обсяг роботи був високим, що відображало інтенсивність практичної підготовки студентів. Загалом було проведено 1156 екстракцій. Кількість різних операцій становила 672. У межах цих оперативних втручань виконувалися наступні спеціалізовані процедури: резекцій верхівок кореня – 27; цистотомій – 19; видалення ретендованих зубів – 10; операцій за Neumann'ом – 16; максилотомій – 23; різних розтинів – 72. Окрім хірургічних втручань, клініка займалася лікуванням травм – виготовлено 26 різних шин. Проведено загальний хлор-етиловий наркоз – 12 випадків. Використана термінальна анестезія – 506 випадків. Проведено регіонарну анестезію – 132 випадків. Проведено провідникову анестезію – 116 випадків. Зроблено рентгенівських знімків – 128.

Весь цей клінічний матеріал проходив виключно через руки студентів. На старшому курсі студенти виконували більшу частину роботи самостійно, під наглядом та вказівками асистентів. Цей підхід, що вимагав від студентів глибокої залученості та подачі детальних історій хвороби, гарантував отримання солідної практичної підготовки.

Висновки. 1. Кафедра оперативного зуболікування з щелепно ортопедією під керівництвом проф. І.С. Гайзенберга стала наріжним каменем спеціальної хірургічної підготовки на одонтологічному факультеті. 2. Виділені 200 годин спеціальної підготовки, наявність власних клінічних потужностей (екстракційна та операційна), а також вимоги щодо виконання студентами понад тисячі екстракцій та сотень складніших оперативних втручань за рік свідчать про безпрецедентно високий рівень мануальної підготовки. 3. Акцент на самостійному проведенні анестезії та вивченні хірургії порожнини рота довів, що факультет дійсно готував висококваліфікованих спеціалістів, а не просто загальних лікарів з мінімальними одонтологічними знаннями. 4. Діяльність кафедри повністю відповідала стратегічній меті факультету, сприяючи випуску лікарів-

одонтологів, які були добре підготовлені в практичному відношенні, володіючи широкою загальномедичною, загальнобіологічною базою та високоспеціалізованими хірургічними навичками.

Рябоконт Р.Є., Рябоконт Є.М.

**Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків,
Україна**

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ХІРУРГА-ОДОНТОЛОГА: АНАЛІЗ
ТЕМ ДИПЛОМНИХ РОБІТ З ОПЕРАТИВНОГО ЗУБОЛІКУВАННЯ
ОДОНТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ХАРКІВСЬКОГО
МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ**

Вступ. Заснування одонтологічного факультету Харківського медичного інституту (ХМІ) у вересні 1921 року стало результатом тривалої та інтенсивної боротьби за реформу зуболікарської освіти. Керівники факультету прагнули створити висококваліфікованого лікаря-одонтолога з міцною загальнобіологічною та загальномедичною базою, що принципово відрізняло цей підхід від старої дореволюційної зуболікарської школи з її урізаною програмою. Ця амбітна мета вимагала не лише глибокої теоретичної підготовки, але й формування особливого психологічного профілю студента, здатного до складної практичної роботи в умовах, що вимагають хірургічної точності та емоційної стійкості. Оперативне зуболікування з щелепно ортопедією, що викладалося на III та IV курсах, посідало центральне місце в цій системі. Воно вимагало освоєння складних мануальних прийомів та втілення в практику основ хірургічної асептики та антисептики. Фінальним етапом навчання, який засвідчував готовність випускника до самостійної роботи, був захист дипломної роботи, теми якої формувалися факультетом.

Метою є проведення критичного та психологічно орієнтованого аналізу тем дипломних робіт, які пропонувалися студентам одонтологічного

факультету ХМІ за профілем оперативного зуболікування з щелепно ортопедією, для визначення ключових компетенцій та психологічних викликів, які факультет прагнув прищепити майбутнім фахівцям.

Результати та обговорення. Теми дипломних робіт з оперативного зуболікування відображають стратегічну мету факультету – підготувати лікаря високої кваліфікації з ґрунтовною загальнобіологічною та загальномедичною базою. Однак, вони також слугували лакмусовим папірцем для перевірки психологічної готовності студентів до роботи в умовах, які вимагали значної витримки та кризового менеджменту, особливо на тлі постійної боротьби за визнання самої системи одонтологічної освіти.

Проаналізувавши 14 тем, запропонованих для дипломних робіт з оперативного зуболікування, стає очевидним, що акцент робився на критичних, болючих та травматичних станах, які вимагали від лікаря миттєвого прийняття рішень та високого рівня стресостійкості.

Майбутній лікар-одонтолог мав психологічно домінувати над страхом пацієнта, перетворюючи болісні хірургічні втручання на контрольовані процеси. Теми, пов'язані зі знеболенням, були першочерговими.

Тема «Місцева та регіонарна анестезія в одонтології». Досконале володіння, наприклад, мандибулярною анестезією, яку студенти виконували самостійно, було прямим тестом на мануальну впевненість і здатність до подолання технічних труднощів в умовах близькості важливих анатомічних структур (наприклад, судинна та нервова системи). Це виховувало хірургічний самоконтроль. Тема «Загальний наркоз в одонтології та показання до нього» вимагала розуміння системної медицини та готовності працювати з важкими, високотривожними пацієнтами, а також усвідомленням ризику, пов'язаного із втратою свідомості пацієнта.

Ці теми є прямим індикатором того, що факультет визнавав

важливість подолання дентальної тривожності. Майбутній лікар мав демонструвати майстерність у контролі над відчуттями пацієнта, що є основою довіри та запобігання травматизації психіки.

Тема «Післяекстракційна біль та її лікування». Зосередження уваги на цьому аспекті формувало розвинену емпатію та відповідальність за пацієнта після завершення основного втручання. Зосередження на післяопераційному болю підкреслює необхідність психологічно дбайливого ведення пацієнта не лише під час процедури, але й у відновлювальний період. Це вимагало розвиненої відповідальності.

Найбільш значущим аспектом було формування імунітету до стресу та здатності до швидкої мобілізації при загрозі життю або тяжкій травмі. Це було суттєвою відмінністю від старої зуболікарської школи.

Тема «Angina Ludowici, її патогенез та терапія». Дослідження цієї теми, що стосується гострої, потенційно смертельної інфекції, підкреслювало, що випускник мав бути готовий не лише до лікування зубів, а й до негайного втручання у загрозливі системні процеси. Це виховувало у майбутнього фахівця відчуття рівноправної медичної відповідальності.

Тема «Остеомієліти щелеп і їх лікування». Психологічно, остеомієліт вимагав від студента-випускника не лише високої хірургічної майстерності але й високої діагностичної відповідальності та здатності до довгострокового менеджменту пацієнта. На відміну від гострих втручань, як-от екстракції, остеомієліт є процесом, який часто вимагає системного лікування і тісного зв'язку з іншими медичними дисциплінами. Таким чином, успішний захист дипломної роботи з цієї теми підтверджував психологічну стійкість студента до лікування деструктивних та системно небезпечних станів.

Вибір таких тем вказує на те, що факультет готував фахівців, здатних брати на себе відповідальність за лікування складних, системних інфекцій,

виходячи за межі суто зуболікарської практики.

Тема «Переломи щелеп та їх лікування та «Вивихи щелеп та їх терапія». Робота з травмою вимагала холонокровності, чіткого планування, виготовлення шин та взаємодії з травмованим пацієнтом, часто в умовах шоку.

Теми «Кровотеча після екстракції та боротьба з нею» та «Остеомієліти щелеп і їх лікування». Ці теми вимагали готовності до боротьби з ускладненнями, які можуть виникнути навіть після рутинних процедур. Це формувало професійну зрілість та здатність до ефективного реагування в непередбачуваних ситуаціях.

Окремі теми перевіряли не лише технічні навички, а й здатність студента до етично зваженого прийняття рішень.

Тема «Показання до видалення зубів». Це не технічна, а діагностично-етична проблема. Студент повинен був обґрунтувати найрадикальніше втручання, що вимагало балансу між консервативним лікуванням, яке вивчалось на іншій кафедрі, і хірургічною необхідністю.

Теми «Резекція верхівки кореня, показання до неї» та «Реплантація зубів; показання до неї та методика». Ці складні, філігранні операції, які студенти відпрацьовували у клініці, символізували хірургічну надію – прагнення зберегти зубний орган за будь-яку ціну, що вимагало максимальної концентрації та точності.

Наголос на таких темах свідчить про те, що дипломна робота з оперативного зуболікування була задумана як остання перевірка професійної та психологічної готовності випускника. Успішне дослідження складних хірургічних проблем вимагало від студента-одонтолога не лише засвоєння теорії, але й розвитку мануальної самодостатності та витримки, яка була необхідна і самому факультету в боротьбі за своє існування.

Ці теми відображають стратегію керівництва, спрямовану на підготовку фахівця, який усвідомлює одонтологію як рівноправну медичну

дисципліну та розуміє зв'язок між хворобами порожнини рота та іншими захворюваннями організму. Це протиставляло харківську систему московському підходу, де існувала думка, що одонтологію можна обрати спеціальністю після прослуховування загального медичного курсу. Харківська ж система, зосереджуючись на складних хірургічних темах, вимагала спеціалізації на шкільній лаві.

Висновки. Аналіз тем дипломних робіт з оперативного зуболікування виявляє глибоку педагогічну мету, що виходить за межі суто технічної підготовки.

Теми, орієнтовані на управління гострим болем (анестезія, післяекстракційний біль) та лікування небезпечних для життя станів (Angina Ludowici, остеомієліт,), слугували як каталізатор для розвитку стресостійкості та навичок кризового менеджменту у майбутніх лікарів.

Вибір тем підкреслював, що випускник мав бути не просто «пломбістом або протезистом», а повноцінним лікарем, здатним до хірургічної роботи у сфері своєї спеціальності. Дипломна робота була фінальним підтвердженням високої кваліфікації та готовності до самостійної практики в умовах, які вимагали знань загальної та оперативної хірургії.

Інтенсивна увага до хірургічних, травматичних та інфекційних тем свідчить про успішну реалізацію стратегії факультету: надати лікарям-одонтологам цілком достатню підготовку на загальномедичній базі, одночасно забезпечуючи глибоку спеціалізацію.

Вибір цих 14 тем дипломних робіт був свідомим інструментом для психологічного відбору та формування фахівця, здатного до складної хірургічної роботи. Факультет, який сам боровся за своє існування і страждав від «безперервної травлі», вимагав від своїх випускників колосальної витримки та абсолютної впевненості у своїй кваліфікації, підтвердженої великою кількістю самостійно виконаних оперативних втручань.

Скікевич¹ М., Волошина¹ Л., Микитенко² В., Подорожній¹ І.

Полтавський державний медичний університет¹

Комунальне підприємство «Полтавська обласна клінічна лікарня

ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради»²

м.Полтава, Україна

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕЛИКИХ

СЛИННИХ ЗАЛОЗ, ПОЄДНАНИХ З ПАТОЛОГІЄЮ

ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Впродовж багатьох років на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ПДМУ успішно вивчаються захворювання слинних залоз (СЗ), особливості їх діагностики та мультидисциплінарний підхід до лікування. Захворювання СЗ знаходяться на стику ряду спеціальностей, а саме стоматологів, щелепно-лицевих хірургів, ЛОР, ревматологів та онкологів.

СЗ беруть участь у розвитку безлічі патологічних процесів в організмі людини, вони залучаються в неспецифічні гострі та хронічні процеси, можуть бути базисом для розвитку ряду доброякісних та злоякісних утворень, наприклад, кістозних утворень, аденом, аденокарцином тощо.

СЗ виробляють велику кількість біологічно активних речовин. У регуляції фізіологічних функцій та процесів, як правило, беруть участь багато ендокринних залоз та їх гормонів. Стоматологічні прояви деяких ендокринних розладів мають важливе діагностичне значення, оскільки вони часто є маніфестуючими та випереджають появу загальних клінічних симптомів. Зміни в ротовій порожнині виникають при гіпофункції, гіперфункції або порушенні функції (дисфункції) залоз внутрішньої секреції.

Привушна і піднижньощелепна СЗ закладаються на 6-му тижні, під'язична - наприкінці 7-го тижня ембріогенезу. Щитовидна залоза залоз

внутрішньої з'являється в ембріона наприкінці 4-го тижня внутрішньоутробного розвитку.

На кожен ендокринну залозу постійно діють різноманітні фактори, які змінюють їх функції відповідно до фізіологічних потреб організму. Самі залози є об'єктом гормонального впливу, і за будь-якої ендокринної патології може відбуватися порушення функціонування інших залоз внутрішньої секреції.

Встановлення діагнозу різних за походженням захворювань СЗ (так і щитовидної залози) включає використання наступних методів: УЗД, променевих, морфологічних, лабораторних тощо.

Патологічні зміни у СЗ тривалий час можуть не викликати видимого збільшення розмірів. Порушення можуть поширюватися на всю залозу чи захоплювати її окрему частину. У комплексну УЗД органів шийї входить обстеження великих слинних залоз та навколишніх м'яких тканин, щитовидної залози, шийних лімфовузлів тощо.

УЗД дозволяє оцінити параметри органу та порівняти їх із нормальними показниками. Оцінюється розташування, розміри, об'єм, контури, ехогенність, структура. УЗД є методом диференціальної діагностики.

У передопераційній підготовці 30 пацієнтам відділення щелепно-лицевої хірургії з доброякісними утвореннями (кистами, аденомами) привушних СЗ було проведено УЗД. Акцент був зроблений на наявність та характерні змін як у СЗ, так у щитовидних. За результатами УЗД – кожен п'ятий пацієнт має зміни у структурі як СЗ, так й у щитовидній. Найчастіше у щитовидній залозі спостерігалися кістозні (вузликові) утворення.

Таким чином, своєчасна УЗД та правильна оцінка змін у великих СЗ сприятиме більш адекватному та ефективному лікуванню пацієнтів та ранній діагностиці змін у щитовидній залозі тощо.

Систематичне узагальнення досліджень у галузі СЗ забезпечує наукову базу для розробки майбутніх як терапевтичних, так і хірургічних стратегій лікування.

Стоян О.Ю., Савельєва Н.М., Томіліна Т.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

ОНКОЛОГІЧНА ОБАЧНІСТЬ ЯК КЛЮЧ ДО ЯКІСНОГО КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТОМАТОЛОГА

Актуальність. Онкологічна настороженість - це готовність лікаря-стоматолога своєчасно розпізнати передракові стани та ранні прояви злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД), що є основою ефективної профілактики та ранньої діагностики раку.

На сьогодні злоякісні процеси ЩЛД – важлива медико-біологічна та соціально-економічна проблема не лише в Україні, а і у всьому світі. Нажаль тенденції до зменшення захворюваності та смертності від різних форм раку не спостерігається, а навпаки - ризик їх збільшується [2]. Недостатня інформованість лікарів-стоматологів різного фаху щодо ранішніх симптомів онкостоматологічних захворювань у 35,3% є причиною занедбаності злоякісних пухлин щелепно-лицевої локалізації, 40,7% – складають помилки стоматологів. Про складність діагностики початкових форм раку або відсутність онкологічної настороженості свідчить велика кількість запущених випадків. [1]. Дані ВООЗ також не втішні і констатують щорічну летальність в світі від раку близько 4,3 млн. чоловік. Відомо, що стан хронічного стресу створює потужне підґрунтя для розвитку онкологічних захворювань на 11% більше, ніж у людей, які рідше потрапляють у стресові ситуації. Війна ж в Україні посилила зростання захворюваності на рак у зв'язку із тим, що населення нашої країни вже третій рік поспіль перебуває в стані хронічного стресу.

Тож постає питання саме ранньої діагностики на прийомі лікаря-стоматолога будь-якого фаху що є успіхом своєчасної верифікації та лікування новоутворень ЩЛД.

Мета дослідження. Обґрунтувати значення онкологічної настороженості як ключового компоненту клінічного мислення лікаря-стоматолога, визначити її роль у ранньому виявленні передракових та злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки.

Матеріали та методи. На консультацію звернулась пацієнтка Б., 53 роки зі скаргами на новоутворення на верхній лівій щелепи, яке рясно кровоточить при найменшому дотику. Проведено комплексне стоматологічне обстеження для уточнення клінічної картини та вирішення щодо тактики лікування.

Результати. В анамнезі хвороби – лікування діастем та трем у лікаря-ортодонта за допомогою елайнера протягом півроку. Через три тижні після початку використання елайнера на піднебінній поверхні в ділянці зубів 23 та 24 з'явилося утворення, про що було повідомлення лікарю-ортодонту. Після видалення новоутворення лікарем-ортодонтом через деякий час новоутворення з'явився знову з доволі рясною кровотечею, при цьому лікар проводив корекцію елайнера в ділянці новоутворення зі зростанням останнього. На етапі інтенсивного збільшення новоутворення пацієнтку направили на консультацію до хірурга-стоматолога, який спрямував її на кафедру стоматології для встановлення характеру новоутворення.

В результаті комплексного стоматологічного обстеження та ретельного збору родинного анамнезу (обидва батьки пацієнтки мали онкологічні процеси, які були причиною летальності обох) був встановлений попередній діагноз – ангіоматозний епуліс. Пацієнтка направлена у відділення голови та шиї КНП ХОР «Обласної клінічної лікарні», де новоутворення було видалено в межах здорових тканин.

Результат патоморфологічного дослідження видаленого матеріалу підтвердив попередній діагноз. Пацієнтка взята на дисансерний нагляд, протягом року рецидиву епулісу не спостерігали.

Висновки. На сьогодні доволі гостро постає питання раннього виявлення передракових захворювань лікарем-стоматологом, коли використання апаратних методів лікування, супроводжується механічним навантаження, яке може стати пусковим механізмом змін якості процесу у бік малігнізації. Особливо важливо, щоб лікар-стоматолог завжди використовував клінічне мислення, яке дозволить обрати оптимальне рішення з ряду можливих в кожній конкретній клінічній ситуації.

Література.

1. Аветіков Д. С. Передпухлинні захворювання щелепно-лицевої ділянки: навч. посіб. для студ. стоматол. ф-тів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації та лікарів-інтернів / Аветіков Д. С., Соколова Н. А., Рузін Г. П.: Вищ. держ. навч. закл. України "Укр. мед. стоматол. акад.", Каф. хірург, стоматології та щелеп.-лиц. хірургії з пластич., та реконструкт. хірургією голови та шиї, Харк. нац. мед. ун-т, Каф. хірург, стоматології та щелеп.-лиц. хірургії. - Полтава: АСМІ, 2012. - 66с
2. Рибалов О.В. Онкологія щелепно-лицевої ділянки // О.В. Рибалов, А.Л. Одабашьян, Н.А. Соколова, Л.М. Саяпіна / навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів - Полтава.: АСМТ, 1999. - 114 с.

Стрільчук Д.М., Огоновський Р.З.

ДНП «Львівський національний медичний університет імені

Данила Галицького», м.Львів, Україна

**КЛІНІКО-ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕГЕНЕРАЦІЇ
ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОЇ ДІЛЯНКИ ЗА ДАНИМИ КОНУСНО-
ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ**

Детальне розуміння ремоделювання кістки після видалення зуба є абсолютно необхідним для планування подальшої реабілітаційної стратегії. Не викликає сумнівів, що вертикальна та горизонтальна атрофія альвеолярного відростка створює несприятливі передумови для хірургічної стадії дентальної імплантації та нерідко вимагає додаткових стоматохірургічних втручань [Колесніченко М.О., 2022].

Значна варіабельність постекстракційних змін альвеолярної кістки утруднює передопераційну оцінку стану кістки та планування імплантації, що може призвести до хірургічних ускладнень, збільшення тривалості самої процедури імплантації та навіть невдачі лікування [Qu F. et al., 2024]. У зв'язку з цим необхідно рентгенологічно оцінювати стан ділянки планованого видалення до та після процедури. Рентгенологічне обстеження відіграє роль не лише у діагностиці та плануванні стоматологічного лікування, а й у подальшому спостереженні за пацієнтом, оскільки дозволяє порівняти зображення, отримані у різні часові періоди. Слід зауважити, що надійність порівняння залежить від досягнутого рівня стандартизації. За умов дотримання однакового протоколу спостереження конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) дозволяє точно оцінити стан порожнини рота та верхньощелепних і лицевих структур у динаміці [Fahd A. et al., 2024].

У наш час детальне пре- та постекстракційне рентгенологічне обстеження є запорукою успіху персоналізованого імплантологічного лікування. Оскільки ділянка молярів, і верхньо-, і нижньощелепних, є

ключовою ділянкою для жування та оклюзії, відновлення оклюзійних точок після видалення зуба носить дуже важливий характер і може бути досягнуто лише за сприятливих преімплантаційних умов. В ділянці молярів після видалення зуба відбувається потужна резорбція кістки, особливо, у перші 3 місяці. У зв'язку з цим лікарю необхідно бути обізнаним із динамікою кісткових змін протягом цього часу з метою оптимального стратегічного планування подальших втручань [Khaddour A.S. et al., 2025].

Мета дослідження: дане ретроспективне дослідження мало на меті оцінити закономірності резорбції кістки та регенерації постекстракційної ділянки залежно від віку, статі та клінічних характеристик пацієнтів.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 11 дорослих пацієнтів (8 жінок та 3 чоловіків), яким проводилося видалення 31 зуба. Усім учасникам проводилася КПКТ до видалення та через 3 міс після нього. Оскільки розподіл даних не відповідав гаусівському, отримані дані аналізувалися методами непараметричної статистики за допомогою програмного забезпечення Statistica 14.0.0 (TIBCO, США). Дані подано як медіана [нижній кuartиль; верхній кuartиль]; наведено лише статистично достовірні кореляції ($p < 0.05$). Результати та обговорення. Вік пацієнтів склав 36,00 [29,00; 57,00] років. Параметри альвеолярного відростка (ширина, висота, товщина кортикальної пластинки) до та через 3 міс після видалення представлені у таблиці.

Табл. Параметри альвеолярного відростка до та після видалення зуба

Параметр	Значення, мм
Висота альвеолярного відростка до видалення	20,89 [12,38; 25,21]
Висота альвеолярного відростка після видалення	17,16 [9,39; 22,54]
Ширина альвеолярного відростка до видалення	10,78 [8,46; 14,07]
Ширина альвеолярного відростка після видалення	9,26 [7,53; 11,44]
Товщина кортикальної пластинки	1,10 [0,72; 3,02]

Загалом, резорбція носила пропорційний характер, оскільки показник вертикальної резорбції склав 12,14 [7,19; 28,06] %, а горизонтальної – 12,07 [3,42; 21,44] %. Аналіз вікових закономірностей виявив, що чим старшими були пацієнти, тим рідше вони потребували видалення третіх молярів і тим частіше – видалення різців, ікол, перших та других молярів. Вік також негативно корелював із шириною альвеолярного відростка до видалення та товщиною кортикальної пластинки ($r=-0,506$ та $-0,377$ відповідно), проте післяекстракційні параметри не залежали від віку. Імовірно, це пов'язано з відносно молодим віком учасників дослідження (36,00 [29,00; 57,00] років). Жодних статевих відмінностей у резорбції кістки та регенерації післяекстракційної ділянки виявлено не було, що, імовірно, обумовлено недостатньою кількістю чоловіків у вибірці. У дистальних сегментах атрофічні явища були менш вираженими, ніж в мезіальних. Це відрізняється від даних М.О. Колесніченка (2022), згідно з якими нижня щелепа є більш схильною до резорбції, ніж верхня, а дистальним сегментам властива потужніша атрофія порівняно з мезіальними. На нижній щелепі висота та ширина альвеолярного відростка до втручання були достовірно вищими, також спостерігалася більша товщина кортикальної пластинки і менший ступінь резорбції, як вертикальної, так і горизонтальної. У нашому дослідженні не відстежувалися особливості остеорезорбції та регенерації залежно від зуба, який підлягав видаленню. Однак у дослідженні F. Qi та співавт. (2024), які прицільно проаналізували репаративну остеорегенерацію для верхньощелепних різців, було виявлено, що чим ближче до гребеня альвеолярної кістки розташовувався зуб, тим виразнішою була горизонтальна резорбція, що створювало форму перевернутого трикутника в ділянці залишкової кістки. Автори також зазначили, що резорбтивні зміни можуть відрізнятися залежно від етнічної приналежності пацієнта.

Окремий аналіз підгрупи жіночої статі виявив, що вік пацієнток негативно корелював з шириною альвеолярного відростка до видалення зуба ($r=-0,875$) та ступенем горизонтальної резорбції ($r=-0,688$) і позитивно із співвідношенням післяекстракційної та вихідної висоти альвеолярного відростка ($r=0,688$). Крім того, вік пацієнтки впливав на домінувальний тип резорбції: чим старшою була жінка, тим виразніше спостерігалася тенденція до переважання вертикальної резорбції над горизонтальною. Цікаво, що висота альвеолярного відростка до видалення у жінок негативно корелювала із ступенем горизонтальної резорбції ($r=-0,505$), натомість достовірних зв'язків із ступенем вертикальної резорбції зафіксовано не було.

Висновки. Вивчення закономірностей репаративної остеорегенерації здатне покращити стратегічне планування імплантації (оптимальне часове вікно, кут нахилу імплантів тощо). У нашому дослідженні вік пацієнтів негативно корелював із шириною альвеолярного відростка до видалення та товщиною кортикальної пластинки, однак, постекстракційні параметри не залежали від віку. У змішаній за статтю групі учасників резорбція носила рівномірний характер, однак, у міру старіння жінки демонстрували схильність до домінування вертикального патерну резорбції кістки над горизонтальним та рівномірним. Клініко-демографічні особливості резорбції кістки та регенерації постекстракційної ділянки потребують подальшого вивчення.

Література

1. Колесніченко М.О. Особливості репаративної остеорегенерації після видалення зубів, методи заміщення дефекту кісткової тканини щелеп (огляд літератури). Український стоматологічний альманах. 2022;4:30-35. doi: 10.31718/2409-0255.4.2022.05

2. Fahd A, Hussien AA, Ellabban MT, Shatat ZA. Validation of novel measurement protocols proposed for the standardized assessment of crestal bone levels: A cone-beam computed tomography study. *Imaging Sci Dent*. 2024 Dec;54(4):354-361. doi: 10.5624/isd.20240073
3. Khaddour AS, Popescu SM, Ionescu M, et al. Post-Extraction Bone Changes in Molars Within Personalized Implant-Prosthetic Therapy as Evaluated with Fractal Analysis of CBCT. *Journal of Personalized Medicine*. 2025; 15(4):154. doi: 10.3390/jpm15040154
4. Qu F, Huang YJ, Wang YY, et al. Cone-beam CT evaluation of post-extraction alveolar bone changes at the maxillary incisor sites in an East Asian population: A cross-sectional study. *Heliyon*. 2024;10(11):e32027. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e32027.

**Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Доленко О.Б., Буря Л.В.,
Морарь Д.А.**

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

УКУШЕНІ РАНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ

За статистичними даними, у дітей серед укушених ран, що загалом наносяться собаками, кішками, гризунами, комахами або людиною, найчастіше (до 84%) пошкодження спричиняють собаки, більшість з яких (до 67%) щеплені, і кішки (15,4%).

Вікові особливості анатомічної будови обличчя обумовлюють різнобічність та інколи невідповідність загального вигляду посттравматичних ранових дефектів тяжкості і характеру самого ушкодження.

Мета дослідження – визначення особливостей клінічних проявів укушених ран обличчя та шиї у дітей Полтавської області.

Матеріал та методи. Результати дослідження ґрунтуються на аналізі змісту 91 історії хвороби дітей, пролікованих в хірургічному відділенні КП “Дитяча міська клінічна лікарня” ПМР за 8-річний період.

Результати дослідження. Згідно отриманих результатів, залежно від виду і ступеня фізичного контакту дитини з твариною мали місце ослинення шкірних покривів на ділянці саден, ослинення пошкоджених шкірних покривів при неушкодженій слизовій оболонці, легкі укуси (поодинокі, неглибокі, що поєднувалися із укусами кінцівок та тулуба), укуси середньої тяжкості (поверхневі, поодинокі укуси і подряпини кисті (за винятком пальців), ослинення пошкоджених слизових покривів, важкі укуси (будь-які укуси голови, обличчя, шиї, пальців рук, широкі укуси).

За формою вирізнялися рвані (74,5%), колоті (19,3%) та рвано-колоті рани (6,2%), причому рвані, маючи неправильну форму, зазвичай супроводжувалися значним спотворенням ушкоджених тканин і рясно кровоточили, а колоті, найчастіше утворюючись після різкого удару іклами тварин, мали глибокий рановий канал із невеликим вхідним отвором.

У всіх випадках спостерігалось виражене зіяння країв рани, особливо в ділянці губ, носо-губної складки та щоки, створюючи видимість великої втрати тканин, а при ушкодженні кругового м'яза було відсутнім герметичне змикання губ і їх виворіт. При таких травмах швидко розвивався набряк м'яких тканин. При травмі губи, щоки, кінчика або крил носа та вушної раковини частіше виникали дефекти тканин різних розмірів, форми і конфігурації.

При об'єктивному обстеженні нами виключалось можливе травмування привушної слинної залози та гілок лицевого нерва, здатних провокувати хибне уявлення про характер і ступінь тяжкості травми, а в

піднижньощелепній ділянці – можливе ушкодження піднижньощелепної слинної залози та судин.

При первинній хірургічній обробці враховували особливості розташування і характер ран навколо очей та рота для запобігання виникнення рубцевих деформацій, вивороту повік і червоної облямівки губ.

Висновок. Клінічна картина та ступінь важкості укушених ран ЩЛД у дітей має індивідуальні особливості, значною мірою обумовлюючись локалізацією ушкоджень та топографо-анатомічною будовою відповідної ділянки.

Фаустова Марія

Полтавський державний медичний університет

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

РОЛЬ КУМУЛЯТИВНИХ АНТИБІОТИКОГРАМ У ПРАКТИЦІ

ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОГО ХІРУРГА НА ПРИКЛАДІ

ГРАМПОЗИТИВНИХ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ

ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Вступ. Антимікробна резистентність (АМР) сьогодні розглядається як одна з найзначніших загроз для глобальної системи охорони здоров'я, оскільки вона знижує результативність терапії інфекційних захворювань. ВООЗ визначає раціональне використання антибіотиків як один із ключових компонентів стратегії протидії АМР. В Україні поки що відсутні уніфіковані протоколи лікування інфекційно-запальних процесів (ІЗЗ) м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки (ЩЛЛ), що підкреслює необхідність розробки локальних клінічних алгоритмів.

Матеріали і методи. У дослідження включено 425 пацієнтів із ІЗЗ м'яких тканин ЩЛЛ, які проходили лікування у 2020–2024 рр. у Полтавській обласній клінічній лікарні. З гнійного матеріалу було отримано

326 ізолятів грамнегативних мікроорганізмів (*Staphylococcus* spp., *Enterococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Kocuria* spp.). Ідентифікацію штамів проводили за допомогою аналізатора Vitek 2 compact, а визначення чутливості до антибіотиків — відповідно до вимог EUCAST.

Результати. Враховуючи той факт, що емпіричну антибіотикотерапію починають не завжди розуміючи родову належність збудника, можна припустити доцільність створення кумулятивної антибіотикограми для грампозитивних мікроорганізмів, що викликали ІЗЗ м'яких тканин ЩЛЛ.

Так, грампозитивні бактерії найчастіше проявляли фенотипову чутливість до ванкоміцину, норфлуксацину, гентаміцину, кліндаміцину, бензилпеніциліну, азитроміцину, моксіфлоксацину, кларитроміцину, та цефоксицину. Враховуючи розподіл даних антибіотиків згідно класифікації AWaRe, можна означити наступний порядок препаратів для емпіричного лікування ІЗЗ м'яких тканин ЩЛЛ, викликаних грампозитивними мікроорганізмами,: гентаміцин / кліндаміцин/бензилпеніцилін (група А) → ванкоміцин/норфлуксацин/азитроміцин/моксифлоксацин/кларитроміцин/цефоксицин (група W).

Висновки. Розроблений алгоритм сприяє підвищенню ефективності емпіричного лікування, уніфікації клінічних підходів та зниженню ризику подальшого зростання рівнів АМР.

Футрак І.М., Бамбуляк А.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У
ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ
ПАРОДОНТИТОМ ІІІ СТУПЕНЯ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ
ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

Мета дослідження. Провести оцінку ефективності комплексного лікування хронічного генералізованого парадонтиту (ХГП) ІІІ ступеня із застосуванням фотодинамічної терапії.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено шляхом огляду, обстеження та лікування 11 пацієнтів з ХГП ІІІ ступеня, яким проводили комплексне лікування зубо-утримуючих тканин, включаючи фотодинамічну терапію та хірургічний етап, отримані дані порівнювали з такими у досліджуваних 9 пацієнтів контрольної групи (КГ).

Результати дослідження. Встановлено, що на 5-7 добу після проведення оперативного втручання серед осіб основної групи, у 72,73 % пацієнтів були відсутні кровоточивість та набряк ясен; у 36,36 % досліджуваних не візуалізували гіперемії ясен та 81,82 % пацієнтів не скаржилися на болючість ясен. Водночас, пародонтальні кишені більше 3 мм та рухомість зубів, що не відповідала ступеню резорбції кісткової тканини, визначали у 45,45 % обстежених. У 18,18 % пацієнтів наявність пародонтальних кишень супроводжувалася гнійними виділеннями з них. Рентгенологічні порушення кісткової компоненти у вигляді остеопорузу визначали у 81,82 % пацієнтів. У осіб КГ, у яких курація ХГП ІІІ ступеня проводилася по загальноприйнятих протоколах, у 33,33 % пацієнтів була відсутня гіперемія й набряк ясен, у 44,44 % пацієнтів не спостерігали кровоточивості ясен та 22,22 % оглянутих не скаржилися на болючість ясен. При цьому, у 66,67 % пацієнтів діагностували пародонтальні кишені більше 3 мм, які у 33,33 %

випадків супроводжувалися гнійними виділеннями. Привертало увагу, що у 55,56 % пацієнтів рухомість зубів не відповідала ступеню резорбції кісткової тканини при наявності рентгенологічних порушень у кістковій компоненті пародонту у 100 % обстежених. Через 1 місяць після лікування кількість осіб з клінічними симптомами ХГП III ступеня зменшувалася в обох групах дослідження, однак, у основній групі цей процес відбувався продуктивніше. Так, у даний термін дослідження у основній групі не спостерігали гіперемії – у 44,45 % осіб, кровоточивості та набряку ясен – у 81,82 % пацієнтів; відсутність болю у яснах відзначали 90,90 % прооперованих. Пародонтальні кишені більше 3 мм виявляли у 36,36 % осіб і тільки у 1 пацієнта (9,10 %) вони містили гній. Рухомість зубів, що не відповідала ступеню резорбції кісткової тканини, досліджувалася у 27,27 % пацієнта, при порушенні кісткової компоненти пародонта, визначеної рентгенологічно – у 72,72 % осіб. У той же час, у прооперованих КГ спостерігали відсутність гіперемії – у 55,56 % осіб, кровоточивості і болючості ясен – у 66,67 % пацієнтів та набряк ясен – у 77,78 % обстежених. При цьому, пародонтальні кишені більше 3 мм виявляли у 55,56 % осіб, наявність яких супроводжувалася гноєвиділенням з них у 22,22 % пацієнтів. Відзначали патологічну рухомість зубів, яка не відповідала ступеню резорбції кісткової тканини, у 44,44 % пацієнтів при рентгенологічних змінах кісткової компоненти пародонта у 88,89 % досліджуваних. Через 3 місяці після комплексного лікування ХГП III ступеня у пацієнтів основної групи не спостерігали набряку та болючості ясен (100 %), а також гнійних виділень з пародонтальних кишень (100 %). Відсутність гіперемії та кровоточивості ясен виявляли у 63,64 % та 90,90 % пацієнтів, відповідно. При цьому, пародонтальні кишені більше 3мм та патологічну рухомість зубів, що не відповідала ступеню резорбції кісткової тканини діагностували у 27,27 % досліджуваних. Рентгенологічні зміни кісткової компоненти

пародонта зберігалася у 63,64 % пацієнтів. У осіб КГ у даний термін дослідження почала зростати кількість осіб із клінічними симптомами ХГП III: визначали присутність гіперемії – у 33,33 % пацієнтів, набряк, кровоточивість ясен – у 44,44 % пацієнтів, болючість ясен, присутність пародонтальних кишень більше 3 мм, рухомість зубів, що не відповідала ступеню резорбції кісткової тканини – у 22,22 % досліджуваних. У 1 пацієнта (11,11 %) візуалізували гнійні виділення з пародонтальних кишень. Привертало увагу, що рентгенологічні зміни у кістковій тканині щелеп були присутні у 88,89 % пролікованих. Через 6 місяців після проведення лікування ХГП III ступеня у пацієнтів основної групи не діагностували гіперемії, набряку, болючості ясен та гноєвиділення з пародонтальних кишень (100 %). Водночас, наявність кровоточивості ясен відзначали у 1 пацієнта (9,10 %), наявність пародонтальних кишень більше 3 мм та рухомість зубів, що не відповідала ступеню резорбції – у 2 осіб (18,18 %). У 54,55 % пацієнтів були діагностовані зміни у кістковій тканині щелеп. У даний термін дослідження у пацієнтів КГ був представлений повний спектр клінічних симптомів захворювання, зі збільшенням набряку та кровоточивості – до 55,56 % пацієнтів, болючості ясен та наявності пародонтальних кишень більше 3мм – до 33,33 % осіб, гноєвиділення з пародонтальних кишень – до 22,22 % пролікованих. Водночас, рентгенологічні зміни у вигляді остеопорозу кісткової тканини щелеп визначалися у 77,78 % пацієнтів.

Висновок. Встановлено, що стабілізацію дистрофічно-запальних процесів у тканинах пародонта визначали у 45,45 % пацієнтів основної групи, у яких використовували запропонований нами лікувальний комплекс, що містив фотодинамічну терапію, проти 22,22 % осіб КГ, у яких курація захворювання проводилася по загальноприйнятим методикам, $p < 0,05$. Критерію «клінічне благополуччя» відповідав стан тканин пародонта у

27,27 % осіб основної та у 22,22 % пацієнтів КГ, $p>0,05$. У 18,18 % пролікованих основної групи стан тканин пародонта визначався за критерієм «покращення», при відсутності даного критерію оцінки у осіб КГ, $p<0,01$. Стан тканин пародонта «без змін» виявляли у 9,09 % пацієнтів основної групи та у 22,22 % осіб КГ $p>0,05$. Критерії оцінки стану тканин пародонта «погіршення» діагностувався тільки у 33,33 % пролікованих пацієнтів КГ, $p<0,01$.

Чумак Ю.В., Лобань Г.А., Фаустова М.О.

Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна

**ВПЛИВ АНТИСЕПТИКІВ НА БІОПЛІВКОУТВОРЮЮЧІ
ВЛАСТИВОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ВИДІЛЕНИХ У ПАЦІЄНТІВ З
ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИМИ
УСКЛАДНЕННЯМИ**

Вступ. Для виникнення інфекційно-запального постекстракційного ускладнення, такого як альвеоліт щелепи виділяють цілу низку факторів, які можуть спричинити дане ускладнення. Особливу увагу приділяють бактеріальному фактору, тому що мікроорганізми за рахунок своїх патогенних властивостей можуть вносити вагомий вклад у розвиток патологічного процесу. Здатність бактерій до утворення біоплівки надає можливості всім учасникам полімікробного об'єднання бути захищеними від впливу механізмів імунного захисту макроорганізму, а також антибіотиків під час лікування інфекційно-запального постекстракційного ускладнення. Мікроорганізми в біоплівках володіють факторами патогенності, які в сукупності здатні регулювати механізми захисту бактерій-учасників біоплівки в осередку патологічного процесу.

Мета дослідження. Вивчити дію антисептиків Декасан, Хлоргексидин біглюконат і Йодоформ на біоплівкоутворюючі властивості

клінічних ізолятів роду *Staphylococcus* виділених з порожнини рота хворих на інфекційно-запальне постекстракційне ускладнення.

Матеріали і методи. Дослідили 40 клінічних ізолятів *Staphylococcus* spp. (22 клінічних ізолятів *Staphylococcus aureus* і 18 клінічних ізолятів *Staphylococcus epidermidis*) виділених від хворих, які проходили лікування з приводу інфекційно-запального постекстракційного ускладнення в лікувально-хірургічному відділенні комунальної установи «Полтавський обласний центр стоматології - стоматологічна клінічна поліклініка».

У дослідженні використовували такі антисептики. Декасан, який містить в якості діючої речовини декаметоксин 0,2 мг/мл. Виробник ТОВ «Юрія-Фарм». Хлоргексидин біглюконат - 0,05% розчин діючої речовини хлоргексидину біглюконату, виробництво ТОВ «ДКП Фармацевтична фабрика» Vishpha Житомирська обл. Йодоформ - дрібнокристалічний порошок, виробництво ПП «Латус» м.Харків. Враховуючи погану розчинність даного антисептика у воді, використовували 5% йодоформний бинт, який був приготований ex tempore.

Визначення біоплівкоутворюючих властивостей клінічних ізолятів роду *Staphylococcus* проводили за допомогою стерильного плоскодонного 96-лункового полістеролового планшета (Corning, США). Здатність клінічних ізолятів до біоплівкоутворювання проводили враховуючи поглинання барвника у одиницях оптичної щільності за допомогою мікропланшетного фотометра (Labline-026, Австрія) з довжиною хвилі 630 нм. Враховуючи критерії за методикою G.D. Christensen досліджувані ізоляти були поділені на мікроорганізми з низькою оптичною щільністю ($<0,120$), з середньою оптичною щільністю (0,121- 0,239) та високою оптичною щільністю ($>0,240$).

Результати. За результатами нашого дослідження всі клінічні ізоляти роду *Staphylococcus* були віднесені до бактерій з високою оптичною

щільністю за критеріями методики G.D. Christensen. Так, у коагулазопозитивних стафілококів виду золотистого стафілококу біоплівки мали оптичну щільність $0,168 \pm 0,02$ одиниць оптичної щільності. У коагулазонегативних стафілококів виду епідермального стафілококу біоплівки налічували $0,180 \pm 0,05$ одиниць оптичної щільності. Після дії антисептиків на біоплівки досліджуваних клінічних ізолятів *Staphylococcus* spp. спостерігали зміни оптичної щільності. Після впливу Декасану оптична щільність біоплівок *Staphylococcus aureus* становила $0,085 \pm 0,01$ оптичних одиниць, що у 1,9 разів ($p < 0,05$) менше в порівнянні з контролем. Після дії Хлоргексидину біглюконату оптична щільність біоплівок золотистого стафілококу складала $0,210 \pm 0,08$ оптичних одиниць, що 1,2 рази ($p < 0,05$) більше порівняно з контролем та у 2,4 рази ($p < 0,05$) більше порівняно з дією Декасану. Після дії Йодоформу на біоплівки коагулазопозитивних стафілококів спостерігали таку оптичну щільність - $0,336 \pm 0,06$ оптичних одиниць, що у 2,0 рази ($p < 0,05$) більше порівняно з контролем, у 3,9 рази ($p < 0,05$) більше порівняно з дією Декасану, а також у 1,6 рази ($p < 0,05$) більше порівняно з впливом Хлоргексидину біглюконату.

Також були відмічені зміни оптичної щільності біоплівок клінічних ізолятів *Staphylococcus epidermidis* після дії вищезазначених антисептиків. Так, після впливу Декасану на біоплівки епідермального стафілококу, оптична щільність останніх становила $0,086 \pm 0,01$ оптичних одиниць, що в свою чергу у 2 рази ($p < 0,05$) менше порівняно з контролем. Після дії Хлоргексидину біглюконату оптична щільність біоплівок коагулазонегативних стафілококів становила $0,228 \pm 0,09$, що засвідчує про ймовірну тенденцію до підвищення оптичної щільності біоплівок даного виду бактерій у 1,2 рази порівняно з контролем. Проте, після порівняння дії Хлоргексидину біглюконату на оптичну щільність біоплівок ізолятів *Staphylococcus epidermidis* з дією Декасану, зазначали збільшення оптичної

щільності біоплівки даних клінічних ізолятів у 2,6 рази ($p < 0,05$). Після впливу Йодоформу на біоплівки епідермального стафілококу, їх оптична щільність складала $0,324 \pm 0,09$ оптичних одиниць, що у 1,8 разів ($p < 0,05$), у 3,7 рази ($p < 0,05$) і у 1,4 рази ($p < 0,05$) відповідно більше порівняно з контролем, з дією Декасану, а також з впливом Хлоргексидину біглюконату.

Висновки: Враховуючи результати нашого дослідження, можна зробити висновки, що досліджувані клінічні ізоляти роду *Staphylococcus* володіють високим потенціалом до біоплівкоутворення. Хірургам-стоматологам під час лікування постекстракційних ускладнень етіологічним чинником, яких є даний рід бактерій рекомендовано застосовувати антисептичні препарати, які можуть зменшувати високі біоплівкоутворюючі властивості клінічних ізолятів роду *Staphylococcus*.

Янішен І.В., Кричка Н.В., Дюдін І.Л., Куліш С.А.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

ВПЛИВ МОТИВАЦІЇ НАВЧАННЯ НА ПРОФЕСІЙНУ КОМПЕТЕНТНІСТЬ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ

Вступ. На сьогоднішній день питання підготовки висококваліфікованих лікарів залишається одним із головних завдань медичних закладів вищої освіти. Процес удосконалення навчання майбутніх фахівців у сучасних умовах є складним і залежить від багатьох чинників. Одним із ключових чинників виступає рівень усвідомлення студентами значення обраної професії та адекватність їхніх мотиваційних установок. Водночас спрямованість мотиваційної діяльності майбутнього фахівця є важливою умовою формування соціально зрілої особистості.

Основна частина. Важливою особливістю підготовки майбутніх медичних працівників є комплексний підхід до формування та розвитку їхньої пізнавальної мотивації. Саме це визначає специфіку змісту й методів

підготовки студентів-стоматологів до практичної діяльності, а також сприяє формуванню в них здатності до самостійного пізнавального пошуку

Поряд із засвоєнням спеціальних знань, формуванням науково-матеріалістичного світогляду, розвитком суспільної активності, відповідальності за виконання професійних обов'язків та організаторських умінь, однією з провідних задач стає формування особистісних якостей студентів. Важливим аспектом цього процесу є виховання в них потреби до творчої діяльності, уміння знаходити індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Сучасне суспільство потребує особистість, здатну самостійно мислити, формулювати нові завдання як перед собою, так і перед суспільством, знаходити ефективні шляхи їх розв'язання, бути готовою до індивідуальної та колективної діяльності, а також усвідомлювати наслідки власних дій для себе, оточення та навколишнього середовища. У зв'язку з цим пріоритетного значення набуває розвиток пізнавальної мотивації студентів. Водночас важливим напрямом сучасної освіти виступає зростаючий інтерес до комплексного підходу у формуванні та підвищенні рівня мотиваційних складових навчального процесу.

Наукове вирішення зазначеної проблеми пов'язане з розробленням концепції освітнього процесу, спрямованої на розвиток пізнавального потенціалу майбутніх фахівців. Очевидним є те, що для досягнення цієї мети необхідно створити цілісну систему засобів і методів організації розумової діяльності студентів-медиків. Така система має сприяти активізації їхньої самостійної роботи, залученню до проведення та впровадження наукових досліджень, ефективному виконанню навчальних завдань і застосуванню отриманих результатів у медичній практиці та в освітньому середовищі. Проблема розвитку мотивації пізнавальної діяльності студентів-медиків розглядається як невід'ємна складова професійної підготовки, а також як змістовний елемент цілісного освітнього

процесу. Її теоретичне обґрунтування та практична розробка дають змогу визначити особливості, спрямованість і зміст навчальної діяльності майбутніх фахівців.

Розроблення концепцій мотивації освітнього процесу, заснованих на комплексних підходах, є однією з актуальних проблем сучасної педагогічної науки. Це потребує від усіх учасників освітнього процесу глибокої науково-теоретичної підготовки та усвідомлення особливостей професійної діяльності майбутнього фахівця. Професійна підготовка студентів-стоматологів є цілеспрямованою та планомірно організованою спільною діяльністю викладачів і студентів, спрямованою на оволодіння системою професійних знань, умінь і навичок. Вона передбачає формування здатності самостійно аналізувати виробничі ситуації, знаходити оптимальні рішення, а також сприяє всебічному розвитку інтелектуальних і професійних здібностей майбутнього лікаря. Підвищення ефективності професійного навчання значною мірою залежить від методів, які застосовують викладачі під час занять, а також від обґрунтованості вибору форм і дидактичних засобів, що використовуються у навчальному процесі. Останніми роками проблема формування навчальної та професійної мотивації студентів за допомогою активних методів стала предметом дослідження багатьох вітчизняних і зарубіжних науковців. Розгляд особливостей мотивації діяльності студентів потребує врахування не лише вікових, а й соціальних та духовних характеристик особистості здобувача освіти як суб'єкта навчального процесу.

У процесі формування майбутніх фахівців важливу роль відіграє обізнаність викладачів із рівнем професійної спрямованості кожного студента. Відомий науковець Е.Ф.Зеєр визначає професійну спрямованість як інтегративну якість особистості, що відображає ставлення людини до обраної професії. Вона надає навчально-трудої діяльності глибокого

особистісного змісту, що, у свою чергу, значно підвищує якість засвоєння професійних знань, умінь і навичок. За високого рівня професійної спрямованості у студента домінують духовні мотиви вибору фаху, а провідними є інтереси, що реалізуються в активній діяльності. Натомість низький рівень професійної спрямованості характеризується переважанням матеріальних мотивів, відсутністю стійкого інтересу до професійної діяльності або наявністю пасивних за характером інтересів.

Отже, проблема мотивації є однією з фундаментальних і водночас найскладніших психологічних проблем у процесі навчання студентів. Формування мотивації до навчальної діяльності постає як спільне завдання всього педагогічного колективу. Досягти позитивних результатів у цьому напрямі можливо лише за умови об'єднання зусиль викладачів, їхньої взаємодії та узгодженої роботи.

Висновок. Підвищення мотивації пізнавальної діяльності студентів-стоматологів у навчальному процесі є надзвичайно важливим, оскільки саме вона визначає інтенсивність виконання професійних завдань, активність у досягненні поставлених цілей та результатів діяльності, спрямованої на надання допомоги пацієнтам.

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

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ СПІВРОБІТНИКІВ ДО СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Підготовка медичних фахівців неможлива без ґрунтовної практичної складової, яка забезпечує формування професійних компетентностей на належному рівні. У сучасних умовах ключову роль у підвищенні якості практичної підготовки відіграють імітаційні технології та симуляційне навчання. Ефективність їх впровадження значною мірою визначається

підготовленістю науково-педагогічних працівників, зокрема їх здатністю опановувати інноваційні педагогічні підходи й працювати з симуляційним обладнанням. Саме тому важливим завданням постає розроблення комплексної системи підготовки викладачів до використання симуляційних методів у медичній освіті.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ - проаналізувати сучасні підходи до підготовки науково-педагогічних кадрів у сфері симуляційного навчання та обґрунтувати рекомендації щодо вдосконалення програми підготовки викладачів для медичних закладів вищої освіти.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ: у дослідженні застосовано аналіз психолого-педагогічної та методичної літератури, матеріалів конференцій і результатів кафедральної методичної роботи. Використано теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, систематизація, педагогічне моделювання та прогностичні оцінки. Це дозволило визначити ключові тенденції у впровадженні симуляційних технологій та окреслити специфіку підготовки викладачів до роботи в симуляційному освітньому середовищі.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. Професійна діяльність викладача медичного закладу вищої освіти вимагає поєднання клінічної компетентності з володінням сучасними педагогічними технологіями. Підготовка викладачів до симуляційного навчання має враховувати їх досвід, рівень педагогічної майстерності, сформовані комунікативні навички, цифрову грамотність і готовність до саморозвитку.

Однією з ключових вимог до програми підготовки є поєднання дистанційної теоретичної складової з короткими очними практичними тренінгами. Така модель дає можливість проходити навчання у зручний час, поступово формувати навички роботи з симуляційним обладнанням і виконувати підсумковий контроль у форматі онлайн-тестування.

Оптимальною є двофазова система підготовки: на першому етапі педагог проходить навчання як здобувач, що дозволяє відчувати специфіку симуляційного процесу з позиції студента; на другому — опановує методику викладання. Це сприяє кращому розумінню потенційних труднощів, визначенню резервів удосконалення освітнього процесу та побудові ефективної програми навчання.

Широке розгортання симуляційних центрів у медичних ЗВО дозволяє організувати масштабну підготовку та перепідготовку медичного персоналу. Такі центри забезпечують доступ до сучасного обладнання, створюють умови для безпечного відпрацювання клінічних навичок і можуть функціонувати як бази для підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників.

Важливим напрямом подальшого розвитку є формування системи неперервної освіти викладачів, що передбачає їх постійне залучення до роботи з симуляційними технологіями, оновлення методичних матеріалів та створення єдиної програми підготовки педагогів до симуляційного навчання.

ВИСНОВКИ

1. Сучасний етап розвитку медичної освіти вимагає системної підготовки викладачів для широкого впровадження симуляційних технологій у навчальний процес.
2. Узгоджений підхід до організації підготовки викладачів забезпечує можливість створення структурованої та гнучкої програми навчання, орієнтованої на потреби сучасного медичного освітнього середовища.
3. Перспективним напрямом є розроблення та впровадження «Програми підготовки науково-педагогічних працівників до симуляційного навчання в медичних ЗВО», що дозволить формувати високий рівень

*Актуальні питання хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, присвячена
пам'яті М.Б.Фабриканта*

педагогічної майстерності та підвищити якість практичної підготовки
майбутніх медичних фахівців.

ЗМІСТ

BOND STRENGTH OF COMPOSITE MATERIALS TO DENTIN AFTER DIFFERENT CAVITY PREPARATION PROTOCOLS

Hryhoriev D.H. 4

INVESTIGATION OF THE ADVANTAGES OF USING PRF AND PRP IN THE TREATMENT OF MANDIBULAR FRACTURES

Ibragimov D.D., Jurayev A.M. 5

POTENTIALS OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF FURUNCLES AND CARBUNCLES IN THE MAXILLOFACIAL REGION

Narzieva D. B. 7

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ АКТИВНОСТІ КАРІОЗНОГО ПРОЦЕСУ У ОСІБ РІЗНОГО ВІКУ

Баб'ячок А.І., Федун І.Р., Ільчишин М.П., Пилипів Н.В. 9

АДГЕЗИВНА ФІКСАЦІЯ В ПРЯМІЙ КОМПОЗИТНІЙ РЕСТАВРАЦІЇ: РОЛЬ ТА ЗНАЧЕННЯ ПЕРІОДУ ПОЛІМЕРИЗАЦІЇ

Байдо О.С., Марченко А.В. 11

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ВИРОСТКОВОГО ВІДРОСТКУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Бойчук І.М., Бамбуляк А.В. 13

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАЗЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПОРІВНЯННІ З ТРАДИЦІЙНИМИ МЕТОДАМИ ЛІКУВАННЯ ПУЛЬПІТІВ І ПЕРІОДОНТИТІВ У ДІТЕЙ

Боровик І.Ю., Циганок Г.О. 16

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМИ РУБЦЯМИ ШКІРИ ГОЛОВИ І ШІЇ

Буханченко О.П. 19

**МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ
СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ**

Ворник В.З. 20

**ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ З
ОРТОДОНТІЇ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ РІВНІ**

Галич Л.Б., Куроєдова В.Д., Виженко Є.Є. 23

**РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ КОРЕКЦІЙНИХ МЕТОДІВ ПРИ
ЛІКУВАННІ РУБЦЕВИХ ДЕФОРМАЦІЙ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ
ДІЛЯНКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН**

Гречанюк Д.В., Бамбуляк А.В. 25

**ВИВЧЕННЯ ПОТРЕБ НАСЕЛЕННЯ В ЗНІМНОМУ ЗУБНОМУ
ПРОТЕЗУВАННІ ШЛЯХОМ ОЦІНКИ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ
В УКРАЇНІ**

Дворник В.М., Кузь Г.М., Баля Г.М., Тесленко О.І., Кузь В.С., Шеметов
О.В., Павліш І.В., Мартиненко І.М., Галаган Л.С. 28

**КОМП'ЮТЕРНА МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ
ПРИШІЙКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗУБІВ**

Заболотна І. І. 30

**ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ТВЕДРИХ ТКАНИН ЗУБІВ У
ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОСОЦІАЛЬНИМ СТРЕСОМ**

Іленко -Лобач Н.В., Іленко Н.М., Ніколішина Е.В. 33

**РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ОСТЕОГЕНЕЗУ ДІЛЯНОК
АУГМЕНТАЦІЇ ПЕРЕДНІХ СТІНОК ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ
ПРИ ВИКОРИСТАННІ АУТОЛОГІЧНОГО БІОАДГЕЗИВУ В
УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТУ**

Касіян Д.В., Мокрик О.Я., Винарчук - Патерега В.В. 35

**МЕДИКАМЕНТОЗНА МАЛОІНВАЗИВНА ТЕРАПІЯ
ЕНДОПЕРІОДОНТАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ**

Котелевська Н.В., Костиренко О.П., Бублій Т.Д., Іваницький І.О.,
Сідаш Ю.В., Ніколішин А.К. 38

**АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ СЕРЕД ОСІБ РІЗНИХ
ВІКОВИХ ГРУП**

Лісецька І.С., Ковалишин А.Ю. 40

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ
ОСТЕОТРОПНОЇ ТА МІСЦЕВОЇ РЕГЕНЕРУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ
ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Мацюк Д.І., Кузняк Н.Б. 42

**ОКРЕМІ ПИТАННЯ ТИПІВ РОСТУ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА У
ПАЦІЄНТІВ З ДИСТАЛЬНИМ ПРИКУСОМ**

Опеха О. Ю. 45

**АНАЛІЗ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЇ РОЛІ КАФЕДРИ ОПЕРАТИВНОГО
ЗУБОЛІКУВАННЯ З ЩЕЛЕПНОЮ ОРТОПЕДІЄЮ У ФОРМУВАННІ
ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНОГО ЛІКАРЯ-ОДОНТОЛОГА (1921-1927 рр.)**

Рябоконт Є.М. 48

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ХІРУРГА-ОДОНТОЛОГА: АНАЛІЗ
ТЕМ ДИПЛОМНИХ РОБІТ З ОПЕРАТИВНОГО ЗУБОЛІКУВАННЯ
ОДОНТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ХАРКІВСЬКОГО
МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ**

Рябоконт Р.Є., Рябоконт Є.М. 51

**ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕЛИКИХ
СЛИННИХ ЗАЛОЗ, ПОЄДНАНИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОВИДНОЇ
ЗАЛОЗИ**

Скікевич М., Волошина Л., Микитенко В., Подорожній І. 56

**ОНКОЛОГІЧНА ОБАЧНІСТЬ ЯК КЛЮЧ ДО ЯКІСНОГО
КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТОМАТОЛОГА**

Стоян О.Ю., Савельєва Н.М., Томіліна Т.В. 58

**КЛІНІКО-ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕГЕНЕРАЦІЇ
ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОЇ ДІЛЯНКИ ЗА ДАНИМИ КОНУСНО-
ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ**

Стрільчук Д.М., Огоновський Р.З. 61

**УКУШЕНІ РАНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ:
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ**

Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Доленко О.Б., Буря Л.В., Морарь Д.А. 65

**РОЛЬ КУМУЛЯТИВНИХ АНТИБІОТИКОГРАМ У ПРАКТИЦІ
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОГО ХІРУРГА НА ПРИКЛАДІ
ГРАМПОЗИТИВНИХ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ**

Фаустова Марія 67

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У
ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ
ПАРОДОНТИТОМ ІІІ СТУПЕНЯ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ
ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

Футрак І.М., Бамбуляк А.В. 69

**ВПЛИВ АНТИСЕПТИКІВ НА БІОПЛІВКОУТВОРЮЮЧІ
ВЛАСТИВОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ВИДІЛЕНИХ У ПАЦІЄНТІВ З
ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИМИ
УСКЛАДНЕННЯМИ**

Чумак Ю.В., Лобань Г.А., Фаустова М.О. 72

**ВПЛИВ МОТИВАЦІЇ НАВЧАННЯ НА ПРОФЕСІЙНУ
КОМПЕТЕНТНІСТЬ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ**

Янішен І.В., Кричка Н.В., Дюдіна І.Л., Куліш С.А. 75

*Актуальні питання хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, присвячена
пам'яті М.Б.Фабриканта*

**ПЕРСПЕКТИВИ ПІДГОТОВКИ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ
СПІВРОБІТНИКІВ ДО СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ**

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

78