

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Кафедра пропедевтики хірургічної стоматології



ЗБІРКА ТЕЗ

Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю
«Захворювання скронево-нижньощелепного суглобу.
Мультидисциплінарний підхід до діагностики та лікування»



ПОЛТАВА
22-23 травня 2025 року

Редакційна колегія:

Вячеслав ЖДАН – головний редактор

Вадим НОВІКОВ – заступник головного редактора

Катерина РЕЗВІНА – відповідальний редактор

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

(створений відповідно до наказу за № 170 від 20 березня 2025 року)

Голова оргкомітету:

Вячеслав Ждан, ректор Полтавського державного медичного університету, професор.

Заступники голови оргкомітету:

Валентин Дворник, перший проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи Полтавського державного медичного університету;

Ігор Кайдашев, проректор закладу вищої освіти з наукової роботи Полтавського державного медичного університету;

Давид Аветіков, проректор закладу вищої освіти з навчальної роботи Полтавського державного медичного університету;

Вадим Новіков, завідувач кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету.

Члени оргкомітету:

Катерина Локес, завідувач кафедри хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Катерина Резвіна, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Олена Дубровіна, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Артур Панькевич, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Андрій Гоголь, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Інна Колісник, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Олег Горбаченко, асистент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету;

Марія Коросташова, асистент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології Полтавського державного медичного університету.

Відповідальний секретар:

Катерина РЕЗВІНА, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики хірургічної стоматології

Технічна підтримка:

Дмитро Хміль, провідний фахівець наукового відділу

Г.Д. Аветіков, К.П.Локес, О.С.Свирида

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

**ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ
ВИДАЛЕННЯ МЕЗІАЛЬНОНАХИЛЕНИХ РЕТЕНОВАНИХ
НИЖНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ**

З ВИКОРИСТАННЯМ БІОМЕХАНІЧНОЇ МОДЕЛІ

Вступ. Видалення мезіальнонахилених ретенуваних нижніх третіх молярів супроводжується підвищеним ризиком ускладнень через складний доступ, змінені вектори навантаження та обмеженість огляду. Недостатня адаптація стандартного інструментарію до просторової орієнтації зуба часто призводить до надмірної травматизації тканин. Біомеханічне моделювання дозволяє обґрунтовано вдосконалити інструменти з урахуванням сили, кута доступу та розташування ретенуваного зуба.

Основна частина. Для дослідження було побудовано 3D-біомеханічну модель фрагменту нижньої щелепи з мезіальнонахиленим ретенуваним нижнім третім моляром. Аналіз розподілу навантаження при використанні стандартного інструментарію виявив надмірне напруження в ділянці вестибулярної кортикальної пластинки. Оптимізація інструментарію базувалася на таких змінах:- Фреза Ліндемманна (H254E) замінена на кісткову фрезу з боковою ріжучою поверхнею (Komet H162ST) з кутом препарування 30°, що забезпечило покращену остеотомію в умовах обмеженого простору. Елеватори Bein було замінено на елеватор Winter з вузькою шилоподібною робочою частиною, що дозволяє точкову аплікацію сили в напрямку осі видалення. Запроваджено використання ультразвукових пієзохірургічних насадок (Mectron OT7) для прецизійної остеотомії біля каналу n. alveolaris inferior. - Щипці для коренів типу Мею замінено на щипці з вузькими вигнутими щічками (Carl Martin №79/80), що краще адаптуються до зміщеної коронки. Використання оптимізованого набору в клінічних умовах (n=30) показало зменшення тривалості операції

на 25%, зниження частоти утворення кісткових уламків, а також зменшення післяопераційного набряку та болю за шкалою VAS.

Висновки. Модифікація хірургічного інструментарію з урахуванням біомеханічного аналізу дозволяє зменшити травматизацію тканин, підвищити точність і безпечність видалення мезіальнонахилених ретендованих третіх молярів, що доцільно впроваджувати у клінічну практику.

Література.

1. Huang G.J. et al. Biomechanical modeling in dental surgery: Modern tools for old problems. J Oral Maxillofac Surg. 2020;78(9):1593–1600.
2. Geramy A. Finite element stress analysis in impacted third molar surgery. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2017;11(2):103–110.
3. Pippi R. Extraction of impacted third molars: Updated techniques. Int J Oral Maxillofac Surg. 2018;47(1):2–10.

Буханченко О.П., Бойко І.В.

Полтавський державний медичний університет (м. Полтава, Україна)

ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМИ РУБЦЯМИ ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

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

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

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

Об'єкти та методи обстеження. Під нашим спостереженням знаходилось 74 пацієнти з рубцями голови та шиї, у яких терміни розвитку рубцевої тканини становили від 5 місяців до 1,5 років. Клінічне вивчення загальних характеристик рубця доповнювалось додатковим аналізом структурних особливостей рубцевозмінених тканин за допомогою ультразвукового дослідження апаратом Simens ACUSON CV 70 (фірми Сіменс, Німеччина) з частотою датчика 20-40 МГц. При цьому оцінювали товщину рубців, ступінь диференціювання, ехогенність, особливість архітекτονіки шарів шкіри, їх однорідність на пошкодженій ділянці. За норму брали симетричну інтактну ділянку шкіри.

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

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

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

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

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

**Виженко Є.Є., Стасюк О.А., Сокологорська-Нікіна Ю.К.,
Куроєдова В.Д.**

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

**ПОЛОЖЕННЯ ТА РОТАЦІЯ ГОЛІВОК СКРОНЕВО-
НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ В ПАЦІЄНТІВ
З ПАТОЛОГІЄЮ ПРИКУСУ**

На сьогодні зубощелепні аномалії (ЗЩА) є не лише естетичними порушеннями, а й супроводжуються функціональними розладами органів щелепно-лицевої ділянки та відіграють певну роль в патогенезі захворювань скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС).

Потрібно враховувати, що до порушень функції СНЩС може призводити саме ортодонтичне лікування, коли воно пов'язане зі зміною звичної оклюзії, переміщенням нижньої щелепи в сагітальній, трансверзальній та вертикальній площинах. Візуалізація й об'єктивна оцінка СНЩС у дітей необхідна для визначення клінічних передбачуваних порушень структури та функції суглоба.

Найбільш інформативними методами дослідження СНЩС є конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ), які доповнюють один одного.

Мета дослідження. Дослідити положення та ротацію голівок СНЩС в сагітальній площині в пацієнтів з патологією прикусу за даними КПКТ.

Методи дослідження. При аналізі КПКТ у програмі Ez3D+ на екрані монітора ми отримуємо мультипланарну реконструкцію (MPR) лицевого скелета в трьох площинах: фронтальній (coronal), сагітальній (sagittal), трансверзальній (axial) та 3D зображення. Перед дослідженням параметрів СНЩС необхідно в усіх трьох вікнах, що характеризують три площини, встановити томографічні зрізи, які проходять посередині суглобової голівки. Всі подальші вимірювання на КПКТ проводили на аксіальному зрізі, на якому позначали довжину суглобової голівки AD – відстань між найбільш віддаленими точками A та D у мезіодистальному напрямку та ширину суглобової голівки CB між точками C та B у переднезадньому напрямку. Точки перетинів ліній AD та CB позначили як центри суглобових голівок СНЩС – OL зліва та OR праворуч. При з'єднанні точок OL та OR утворюється шарнірна вісь SH.

Сагітальну лінію симетрії SM проводили посередині глоткового горбка потиличної кістки та основи сошника, тобто, ця лінія проходить у проєкціях сагітального шва та цефалометричних точок Ba (Basion), Op (Opistion) та Bo (Bolton Point).

Відомо, що клиноподібна кістка бере участь в основі склепіння черепа, а крилоподібні відростки є стабільними ділянками, що дозволяє використовувати їх для вивчення розташування нижньої щелепи (НЩ) у передньо-задньому напрямку стосовно черепа.

Для вивчення ротації шарнірної вісі будуємо площину через точки FL ліворуч та FR праворуч на передньому зовнішньому краї крилоподібних відростків клиноподібної кістки. При з'єднанні точок FL і FR отримували крилоподібну лінію.

Для визначення ротації НЩ та розташування голівок щодо основи черепа проводили перпендикуляри від крилоподібної лінії до центрів суглобових голівок СНЩС – OL; OR і отримували лінії KOL; KOR, вимірювання яких і характеризує досліджуваний параметр.

Кути ротації $\angle RL$ та $\angle RR$ голівок СНЩС зліва та справа відповідно утворюються при перетині ліній AD, які є подовженням лінійного параметру довжини голівок СНЩС з сагітальною лінією симетрії SM.

Результати. При I класі усереднені дані ширини голівок СНЩС склали $7,3 \pm 0,28$ мм, довжини – $16,46 \pm 0,64$ мм. При II класі ці показники істотно не відрізняються, в межах статистичної похибки, і становлять $7,33 \pm 0,39$ мм, і $16,45 \pm 0,71$ мм відповідно.

Вивчивши відстані від середини суглобових голівок праворуч (KOR) і зліва (KOL) до лінії K, що проходить через основу крилоподібних відростків клиноподібної кістки, встановлено статистично вірогідну різницю, що при II класі суглобові голівки розташовуються позаду основи черепа на 2,45-3,47 мм в порівнянні з I класом ($p < 0,005$).

Отримані дані підтверджують етіопатогенетичні механізми у розвитку дистального прикусу, пов'язані ретрогнатією НЩ. Дану методику можна використовувати для ідентифікації скелетних форм ЗЩА при II класі за Енгелем та їх диференціальної діагностики.

Кут ротації суглобових голівок СНЩС при I класі справа дорівнює $59,74 \pm 1,01^\circ$, зліва – $59,83 \pm 1,43^\circ$; при II класі справа – $56,89 \pm 3,58^\circ$, зліва – $58,94 \pm 3,57^\circ$. При цьому відсоток пацієнтів, які мають різницю між кутами ротації суглобових голівок зліва та справа в 5° та більше, що вказує на асиметричне їх розташування, при I класі склав 23,08 %, а при II класі – 64,29 %, що майже втричі більше. Діапазон максимальної різниці кута ротації при I класі становить $5,2^\circ$, а при II класі – $15,2^\circ$.

Такі дані також доводить, що зі збільшенням тяжкості ЗЩА посилюється та збільшується ротація голівок СНЩС, відповідно, і всієї НЩ, тоді як їх розміри залишаються без змін. Ротація НЩ при II класі також може слугувати одним із факторів односторонніх форм дистального прикусу.

Висновки

1. Запропонована методика може бути використана для диференціальної діагностики скелетних форм II класу за Енгелем.
2. Зі збільшенням тяжкості ЗЩА збільшується ступінь ротації голівок СНЩС.

Галич Л.Б., Галич Л.В., Курєдова В.Д.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Сумський державний університет

ВПЛИВ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ НА СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИЙ СУГЛОБ

Вступ. Сконево-нижньощелепний суглоб (СНЩС) є унікальним суглобом, який забезпечує рухомість нижньої щелепи відносно черепа. Його правильне функціонування є запорукою нормального жування, ковтання, мовлення та міміки. Будь-які зміни у структурі зубощелепного апарату можуть призвести до порушення роботи СНЩС. Особливо важливим є вплив зубощелепних аномалій, які змінюють оклюзійні відносини,

створюючи нерівномірне навантаження на суглоб. Це актуальна проблема, адже частота таких аномалій серед нас сьогоднішній день добігає 90%.

Основна частина. Метою даного дослідження є розглянути механізми впливу зубощелепних аномалій на СНЩС, їх клінічні прояви, наслідки, методи діагностики та лікування.

СНЩС складається з головки нижньої щелепи, суглобової ямки скроневої кістки та суглобового диска, що розділяє суглобову порожнину на два поверхи. Сукупність роботи м'язів, зв'язок та стану зубощелепного апарату забезпечує координовану роботу під час відкривання рота, жування, мовлення.

Нормальне функціонування СНЩС можливе лише за умови правильної оклюзії — гармонійного змикання зубів верхньої та нижньої щелепи, що дозволяє рівномірно розподіляти навантаження на суглоб та жувальні м'язи.

Зубощелепні аномалії — це відхилення у положенні окремих зубів, зубних рядів або щелеп, що порушують нормальну оклюзію. Основний механізм впливу полягає у порушенні центрального співвідношення між головкою нижньої щелепи та суглобовою ямкою. Це призводить до зміщення головки, неправильного положення диска, перевантаження суглобових поверхонь та навколишніх м'язів. При довготривалому впливі виникають компенсаторні зміни: суглобова капсула ущільнюється, розвиваються м'язові спазми, починається дегенерація суглобового хряща.

Пацієнти з аномаліями прикусу можуть скаржитися на: клацання, хрускіт у суглобі; біль у ділянці СНЩС, особливо під час жування; обмеження або асиметрію рухів нижньої щелепи; головний біль, біль у вухах, шиї; підвищену м'язову напругу, втому при жуванні. Ці прояви свідчать про розвиток дисфункції СНЩС. Якщо не проводити лікування зубощелепних аномалій, з часом можливий розвиток артрозу, артрити, деформації суглобових поверхонь.

Діагностика відхилень у СНЩС включає клінічний огляд (оцінка оклюзії, пальпація м'язів, рухливість щелепи), інструментальні методи (ортопантомограма, КТ, МРТ), функціональні дослідження (конділографія, електроміографія).

Лікування дисфункції СНЩС має бути комплексним: ортодонтичне (брекети, капи, апарати для корекції прикусу); гнатологічне (виготовлення стабілізаційних шин, навчання правильному положенню нижньої щелепи); фізіотерапевтичне (міогімнастика, масаж, фізіопроцедури для розслаблення м'язів); ортопедичне (відновлення висоти прикусу при втраті зубів, протезування). У складних випадках залучаються хірургічні методи лікування.

Профілактика порушень у СНЩС полягає у ранньому виявленні аномалій зубощелепного апарату (у дитячому віці), правильному веденні пацієнтів зі змінним прикусом, своєчасному ортодонтичному лікуванні. Важливо також усувати шкідливі дитячі звички, контролювати навантаження на суглоб, уникати травм.

Висновки. Зубощелепні аномалії є значним фактором ризику розвитку порушень функції СНЩС. Вони змінюють нормальну біомеханіку суглоба, спричиняючи перевантаження, запалення, дегенеративні зміни. Своєчасна діагностика, ортодонтичне та гнатологічне лікування дозволяють запобігти розвитку серйозних ускладнень. Для досягнення стійкого результату необхідний комплексний підхід за участю ортодонта, гнатолога, фізіотерапевта, стоматологів інших фахів. Таким чином, вплив зубощелепних аномалій на СНЩС є актуальною проблемою сучасної стоматології, яка потребує уваги як лікарів, так і пацієнтів.

Література:

1. Greene C. S. Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders: Emergence of a New Care Guidelines Statement. // Oral Surgery,

Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology. — 2010. — Vol. 110. — P. 137–139.

2. McNeill C. Temporomandibular Disorders: Guidelines for Classification, Assessment, and Management. — Chicago: Quintessence, 1993. — 128 p.

3. Okeson J. P. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. — 8th ed. — St. Louis: Elsevier, 2020. — 512 p.

4. Slavicek R. The Masticatory Organ: Functions and Disorders. — Quintessence Publishing, 2011. — 280 p.

5. Персін Л. С. Ортодонтія: підручник. — Вінниця: Нова Книга, 2018. — 432 с.

Кобцева О.А.

Донецький національний медичний університет,

м. Кропивницький, Україна

**ОЦІНКА ПРОСТОРОВОГО ПОЛОЖЕННЯ НИЖНЬОЇ
ЩЕЛЕПИ: ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ КОНУСНО-
ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ**

Вступ. Конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) є сучасним методом тривимірної візуалізації, який широко застосовується у всіх галузях стоматології. Завдяки спеціальному програмному забезпеченню КПКТ дозволяє додатково отримати зображення панорамної рентгенографії та телерентгенографії, що сприяє зменшенню кількості рентгенологічних досліджень для пацієнта. Окрім власне ортодонтичного аналізу, КПКТ ефективна для діагностики стану скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) та положення нижньої щелепи. Вона допомагає визначити структурні особливості суглоба, взаємне розташування кісткових компонентів та патологічні зміни.

Основна частина. Латеральне зміщення нижньої щелепи має причинно-наслідковий зв'язок з порушенням функції СНЩС. Воно може бути результатом асиметричного розвитку щелеп, травм, м'язово-суглобової дисфункції або некоректної оклюзії. Оцінку наявності нижньощелепного латерального зсуву здійснюють за співпадінням серединних ліній щелеп. На коронарному реформаті КПКТ оцінюють індекс MLD (mandibular lateral displacement). Він характеризується кутом, який утворюється між середньо-сагітальною лінією (проходить через точки Glabella та ANS) і лінією, що з'єднує точки ANS і Menton [1]. По КПКТ можна оцінити положення голівок СНЩС у суглобових ямках та щільність кісткової тканини: кортикальної пластинки і губчастої речовини голівки нижньої щелепи. Цей метод є надзвичайно цінним для оцінки структур СНЩС, однак для діагностики внутрішньокапсулярної патології рекомендовано використовувати магнітно-резонансну томографію (МРТ). У дослідженні [2] були визначені найкоротші відстані від поверхні голівки СНЩС до суглобової ямки, які визначали середні суглобові простори, а саме: $1,3 \pm 0,2$ мм – передній суглобовий простір, $2,5 \pm 0,5$ мм – верхній суглобовий простір, $2,1 \pm 0,3$ мм – задній суглобовий простір. На аксіальному зрізі КЛКТ оцінюють аксіальні простори, вимірюючи найкоротші відстані від медіального та латерального полюсів голівок нижньої щелепи до суглобової ямки. Якщо спостерігається значна різниця у відстані між медіальним полюсом і стінкою суглобової ямки між двома суглобами, це може свідчити про бічне зміщення нижньої щелепи. Середні аксіальні значення у дослідженні [2] становили 2,1 мм медіально та 2,3 мм латерально, що відповідає співвідношенню 48% до 52%.

Висновки. Оцінка положення голівок СНЩС на КПКТ є важливим аспектом стоматологічної діагностики, особливо при виявленні м'язово-суглобових дисфункцій та порушень оклюзії у пацієнта. Рентгенологічний аналіз дозволяє визначити просторове розташування голівок нижньої

щелепи у суглобовій ямці, що має значення для планування ортодонтичного або ортопедичного лікування та комплексного підходу до діагностики СНЩС.

Література:

1. Tsai, Yu-Ling, Kuo, Chun-Liang & Liu, I-Hua. (2017). Camouflage Treatment in Adult Patient with Mandibular Lateral Displacement, Transverse Deficiency and Facial Asymmetry – A Case Report. *Taiwanese Journal of Orthodontics*. Vol. 29. Issue 2. Article 3. doi: 10.30036/TJO.201706_29(2).0003
2. Ikeda, K., Kawamura, A. & Ikeda, R. (2011). Assessment of optimal condylar position in the coronal and axial planes with limited cone-beam computed tomography. *Journal of Prosthodontics*. No.20(6). P.432-438. doi: 10.1111/j.1532-849X.2011.00730. x.

Ковальчук Д.О.¹, Боян А.М.²

¹Харківський національний медичний університет

²Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РУХІВ СКРОНЕВО НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ

Актуальність. Скренево-нижньощелепний суглоб (СНЩС) є важливою складовою жувального апарату людини, а порушення його функції значно впливають на якість життя пацієнтів. Аксіографія є точним методом фіксації рухів нижньої щелепи для виявлення патологій СНЩС.

Мета дослідження: Порівняння ефективності аналогового та цифрового аксіографів у виявленні функціональних порушень СНЩС та оцінка точності їх даних у кореляції з анатомічними структурами суглоба.

Матеріали та методи:

- Аналоговий аксіограф A.Gerber;
- Цифровий аксіограф Zebris Jaw Motion Analyzer+;
- Рентгенологічні методи: КЛКТ та МРТ СНЩС;

- Аналіз сагітально-суглобового шляху та кута.

Результати:

- Встановлено високий рівень збігу треків рухів нижньої щелепи, записаних аналоговим і цифровим аксіографами;
- Траєкторії руху відповідають анатомічній будові суглоба;
- Виявлено зв'язок між станом суглобового диска та довжиною/формою треків;
- Аксіографія дозволяє візуалізувати внутрішньосуглобові рухи та діагностувати патології СНЩС.

Висновки:

1. Аксіографія є достовірним методом дослідження функціональних рухів нижньої щелепи.
2. Метод дозволяє виявляти порушення функції СНЩС на основі графічного аналізу треків.
3. Подальше вдосконалення алгоритмів трактування даних аксіографії є перспективним напрямом досліджень.

Список використаних джерел

1. Кляйнок М. Функціональні порушення рухомої частини жувального апарату / М. Кляйнок. – Львів: ГалДент, 2015. – 256 с.
2. Defining centric relation. Wiens JP(1), Goldstein GR(2), Andrawis M (3), Choi M (4), Priebe JW (5). J Prosthet Dent. 2018 Jul;120(1):114-122. doi: 10.1016/j.prosdent.2017.10.008. Epub 2018 Mar 8.
3. Босхарт М. Функція та естетика. Застосування оригінального метода Гербера для реабілітації пацієнтів з повною втратою зубів / М. Босхарт. – Львів: ГалДент, 2018. – 264 с.
4. J Oral Rehabil. 2025 May 9. doi: 10.1111/joor.14015. Online ahead of print.
Kinematic Relationship Between Temporomandibular and Cervical Spine Joints.

Kaczmarek B (1)(2), Kaczmarek L (1)(2), Mysliwiec A (2), Lipowicz A(3), Dowgierd K(4).

5. J Dent. 2023 Aug; 135:104583. doi: 10.1016/j.jdent.2023.104583. Epub 2023 Jun 17.

Preliminary clinical study of the accuracy of a digital axiographic recording system for the assessment of sagittal condylar inclination. Lepidi L(1), Grande F(2), Baldassarre G(3), Suriano C(4), Li J(5), Catapano S(6).

Коркішко В.П. , Криванич В.М.

Ужгородський Національний Університет, м. Ужгород

**ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У
ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЛІТРАВМОЮ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ:
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ІЗ ЗАЛУЧЕННЯМ
АМБУЛАТОРНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

Вступ. Політравма щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) - складне поєднане ураження, що охоплює кісткові, м'якотканинні, зубощелепні структури і має важкі функціональні, естетичні та психоемоційні наслідки. В умовах повномасштабної війни значно зросла частота таких травм, зокрема серед цивільного населення [1]. Постраждалі часто стикаються з тривалим відновленням, порушенням мовлення, жування, зовнішнього вигляду та появою ПТСР, що призводить до високого рівня інвалідизації [3].

Реабілітація осіб із ЩЛД-політравмами потребує міждисциплінарного підходу, який включає як спеціалізоване хірургічне втручання, так і подальше функціональне відновлення. Особливої актуальності набуває роль стоматологічних амбулаторних клінік, які мають технічні, кадрові та технологічні ресурси для:

- протезування і ортодонтичної корекції;

- імплантаційного лікування;
- фізіотерапії та реабілітаційних процедур;
- логопедичної підтримки та терапії порушень мовлення;
- психоемоційної адаптації через психологічний супровід.

Таким чином, активне залучення амбулаторної стоматологічної допомоги в реабілітацію пацієнтів із політравмою ЩЛД - ефективний і соціально орієнтований підхід до зниження рівня інвалідизації в післятравматичний період [2].

Основна частина. Мета дослідження. Оцінити ефективність реабілітаційних заходів у пацієнтів із політравмою щелепно-лицевої ділянки з урахуванням можливостей амбулаторної стоматологічної ланки.

Методи дослідження. У дослідженні проаналізовано досвід лікування 38 пацієнтів з тяжкою політравмою ЩЛД. Методи дослідження: загальноклінічні, рентгенологічні, системний та ретроспективний аналіз.

Результати дослідження. Здійснено порівняння ефективності комплексної реабілітації у двох групах: із залученням амбулаторної стоматології (група 1) та без неї (група 2). Оцінювалися: тривалість відновлення, рівень функціональної адаптації, естетичні результати, психоемоційний стан, частота інвалідизації. Усі учасники були поділені на дві групи:

- Група 1 (n=20): проходили комплексну реабілітацію з активним залученням амбулаторної стоматологічної ланки (ортопедичне лікування, фізіотерапія, логопедичні заняття, психологічний супровід).

- Група 2 (n=18): отримували стандартне післяопераційне ведення без системної реабілітації в стоматологічних амбулаторіях.

Порівняльний аналіз показав наступні результати:

1. Скорочення тривалості повноцінного функціонального відновлення:

У групі 1 середній період реабілітації становив $4,2 \pm 0,6$ міс, тоді як у групі 2 - $6,4 \pm 0,9$ міс. Середнє скорочення тривалості склало 35,1%.

2. Рівень відновлення жувальної та мовленнєвої функції:

Повне або часткове відновлення у групі 1 - 82% пацієнтів (16 осіб).
У групі 2 - лише 50% пацієнтів (9 осіб).

3. Психоемоційний стан та рівень ПТСР (за шкалою CAPS-5 через 6 місяців):

У групі 1 ознаки тяжкого ПТСР виявлено у 28% пацієнтів. У групі 2 - у 62% пацієнті. Учасники групи 1 отримували регулярну психологічну підтримку, в т.ч. когнітивно-поведінкову терапію.

4. Частота оформлення первинної інвалідності:

Група 1 - 25% (5 з 20). Група 2 - 47% (8 з 18). Зниження інвалідизації на 22% пов'язане з вищим рівнем функціональної адаптації та соціальної активності.

5. Естетична задоволеність (за візуально-аналоговою шкалою 0–10):

Група 1 - середній бал $8,1 \pm 1,2$;

Група 2 - $5,6 \pm 1,4$; Значущу роль зіграли протезування та ортодонтичні втручання в амбулаторних умовах.

Висновки. Мультидисциплінарна реабілітація з активною участю амбулаторної стоматологічної ланки демонструє достовірно вищу ефективність у відновленні пацієнтів із політравмою щелепно-лицевої ділянки в порівнянні з традиційним підходом .

Скорочення тривалості реабілітації дозволяє не лише пришвидшити функціональне відновлення, а й зменшити витрати на довготривале стаціонарне лікування. Функціональна реабілітація є значно ефективнішою при комплексному підході [4].

Психоемоційна стабілізація та профілактика ПТСР значно покращуються за умов регулярної психологічної підтримки, логопедичних та ортодонтичних втручань, що забезпечуються на амбулаторному рівні.

Зменшення рівня первинної інвалідизації у пацієнтів, які отримували повноцінну реабілітацію, вказує на суттєву соціальну цінність амбулаторної допомоги. Естетичний результат і задоволення пацієнтів від лікування також кращий у випадках застосування амбулаторної стоматології [5].

Амбулаторні стоматологічні клініки можуть стати ключовими осередками тривалої медичної, психологічної та соціальної реабілітації, сприяючи не лише відновленню пацієнтів, а й їхній реінтеграції в активне життя та професійну діяльність.

Література

1. Івченко Д.В., Варжапетян С.Д., Міщенко О.М., Сидор О.В., Петренко Ю.М., Яцун Є.В., Строгонова Т.В. (2022) Досвід лікування бойових травм щелепно-лицевої ділянки титановими імплантатами в умовах сучасної війни: Патологія. 123-139.
2. Трихліб В.І., Дуда О.К., Майданюк В.П., Ткачук С.І. (2015). Структура бойової травми залежно від характеру уражувальних факторів під час деяких сучасних локальних війн, військових конфліктів (огляд літератури). Семейная медицина. 57-63.
3. Федірко І. В., Козловський С.М., Шмідт П.А. (2017). Важкі множинні та комбіновані вогнепальні поранення щелепно-лицевої ділянки. Досвід лікування. Сучасні аспекти військової медицини: зб. наук. пр. НВМКЦ «ГВКГ». 543-589.
4. Mitchener TA, Chan RK, Simecek JW (2017). Oral-Maxillofacial Injury Surveillance of U.S. Military Personnel in Iraq and Afghanistan, 2001-2014. Military medicine. 1003-1076.
5. Management of combat-related facial injuries / A. Mardassi, S. Turki, H. Mbarek et al. La Tunisie medicale. 2016. 780-813.

Костенко Є. Я., Костенко С. Б., Ньорба-Бобиков М. М.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

ДИСТОПІЯ ТА РЕТЕНЦІЯ ЗУБІВ: СТАТИСТИЧНЕ ПОШИРЕННЯ

Актуальність теми. Відомо, що аномалії зубощелепної системи займають одне із провідних місць серед захворювань щелепно-лицевої ділянки і за даними різних авторів у дітей від 3 до 16 років сягають до 75 % [1,2]. До таких порушень належать дистопія та ретенція зубів.

Явище дистопії характеризується неправильним положенням зуба, або декількох зубів відносно зубного ряду, при цьому можливе розташування у різних площинах: трансверзальній, сагітальній чи вертикальній. Ретинований зуб – це аномалія, яка виникає внаслідок того, що зуб, хоч і сформований повністю, але є непрорізаним. Виділяють декілька клінічних форм ретенції: часткова (неповне прорізування зуба через кісткову тканину та слизову оболонку) та повна (повна відсутність зуба у зубному ряду).

Вади росту та розвитку зубів викликають не тільки естетичні проблеми, але й провокують недосконалість мовлення та порушують функціональність системи травлення (неправильний прикус ускладнює жування їжі). Вивчення явищ дистопії та ретенції є актуальним науковим завданням при розробці нових методів діагностики, а також при складанні плану лікування пацієнтів.

Мета дослідження. Провести аналіз даних вітчизняних та закордонних вчених стосовно питання поширеності явищ дистопії та ретенції зубів (провести огляд літератури), статистично опрацювати отримані дані та оцінити їх важливість для практикуючих лікарів-стоматологів.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалами для створення роботи слугували наукові публікації закордонних та вітчизняних дослідників із таких джерел, як: PubMed, Google Scholar, Aluna Publishing.

Провідним методом дослідження був аналітико-статистичний огляд літературних джерел інформації.

Результати дослідження та їх обговорення. Було проведено аналіз результатів наукових публікацій, таких як «Algorithm of radiological examination of patients in the planning of orthodontic treatment of interarch relationship of teeth and teeth position anomalies» від видавництва «Aluna Publishing» [3].

Авторами наукової статті було обстежено 1460 пацієнтів віком від 6 до 18 та від 18 до 44 років, гендерний розподіл був наступний: 600 чоловіків (41,1%) та 860 жінок (58,9%).

Вибір пацієнтів здійснювався за допомогою первинного огляду, що складався з оцінки стану твердих тканин зубів, слизових оболонок ротової порожнини, наявності каріозних та некаріозних уражень. Критеріями для включення до групи вибірки стали ретиновані та дистоповані зуби, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, молочні зуби у постійному прикусі тощо.

У віковій групі 6-18 років, ретиновані зуби зустрічались у 83 обстежуваних, тобто у 5,7%. Частота ретенції у віковій групі 18-44 роки складала 9,1% (132 пацієнти). Така відмінність може бути пов'язана з соціально-демографічними, медичними та поведінковими факторами, які змінювались залежно від віку [4]. Дистопія зубів, за даними дослідження, значно частіше зустрічається у віці 18-44 роки – 11,7% (105 пацієнтів), ніж у віковій категорії 6-18 років – 4,5% (66 пацієнтів).

Дані аномалії зубів розглядались також як основні захворювання за наявності супутніх патологій: гіпермобільність та дисфункція СНЩС, карієс, запальні процеси верхньощелепної пазухи. Порушення були найбільше пов'язані з запальними процесами в ділянці кореня зуба та гіпермобільністю скронево-нижньощелепного суглобу, що безпосередньо вказує вплив неправильного прикусу на функціонування СНЩС.

У віковій категорії 6-18 років, частота пацієнтів із дистопією та ретенцією складала від 4,3 до 12%. У пацієнтів віком 18-44 роки, цей показник складає 1,6-11,7% і взаємозалежний з запальними процесами в гайморових пазухах, а також в ділянці кореня зуба. Варто зазначити, що за даними дослідження частота виникнення ретенції та дистопії значно переважає над іншими можливими патологіями (наприклад дистальний, мезіальний прикус та ротація) [3].

Висновки. Таким чином, при вивченні можливих варіацій аномалій розвитку зубощелепної системи, що призводять до різноманітних порушень прорізування зубів, можна зробити висновок про необхідність систематичного спостереження за характером росту та зміни положення зубів у дітей та дорослих, за допомогою рентгенологічних досліджень. Оскільки дистопія та ретенція є найбільш поширеними патологіями, проведення аналізу їх етіології та патогенезу є важливим для лікарів-стоматологів, як один із факторів, який необхідно враховувати при складанні комплексного плану лікування пацієнтів. Дані проведеного аналізу стали основою для проведення майбутнього дослідження.

Список літератури:

1. 1.616.311-007(02) Головка Н. В. Г61 Профілактика зубощелепних аномалій [Текст]: навч. посіб. для студ. стомат. ф-тів вищ. мед. навч. закл. /Н. В. Головка. - 2-е вид., стереотипне. - Вінниця: Нова книга, 2008. - 272с
2. Zaiats O., Ozhogan Z. Advancement of dental anomalies among children of the Ivano-Frankiv region. *SUCHASNA STOMATOLOHIYA*. 2020. No. 1. P. 68. URL: <https://doi.org/10.33295/1992-576x-2020-1-68> (date of access: 11.05.2024).
3. Storozhchuk Y.O., Mykhalchuk V.M. Algorithm of radiological examination of patients in the planning of orthodontic treatment of interarch relationship of teeth and teeth position anomalies. *Wiadomości lekarskie*. 2023.

Vol. 76, no. 4. P. 715–725. URL: <https://doi.org/10.36740/wlek202304104> (date of access: 12.05.2024).

4. Factors associated with tooth loss in general population of bialystok, poland / K. Gabiec et al. *International journal of environmental research and public health*. 2022. Vol. 19, no. 4. P. 2369. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph19042369> (date of access: 12.05.2024).

Лях А.І.

Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

**АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПРОЯВАМИ
ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПОВОГО СУГЛОБУ
ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ
ЛІКУВАННІ**

Актуальність теми. Після динамічного спостереження та статистичного аналізу пацієнтів різних вікових груп – «Статистичний аналіз пацієнтів, які потребують комплексного стоматологічного лікування зі скаргами на дискомфорт та болі в ділянці СНЩС» - Лях А.І., Стойка В.В., в яких було продіагностовано дисфункцію СНЩС зі всією симптоматикою у вигляді хрускоту та/або больових відчуттів стало нагальним питанням запровадити чіткий покроковий алгоритм дій при комплексному стоматологічному лікуванні задля нормалізації функції комплексу СНЩС та прогнозованій і довговічній ортопедичній реабілітації отриманого результату.

Мета дослідження. Запровадити чітку послідовність стоматологічних маніпуляцій, які були б направлені на усунення симптомів дисфункції СНЩС та відновлення функції з статистичним збором аналізу проробленого лікування та ремісії симптомів дисфункції.

Матеріали та методи дослідження. Для порівняльної оцінки та об'єктивної різниці в методиках та алгоритмах ведення пацієнтів, які

мають ознаки дисфункції СНЩС та потребують стоматологічної реабілітації ортопедичної та ортодонтичної всіх пацієнтів було розділено на 2 групи. 1-ша група – 20 пацієнтів які потребували стоматологічної ортопедичної та/або ортодонтичної реабілітації, яких пролікували, підлаштовуючись під оклюзію звичну, не змінюючи висоту прикусу а також положення щелепи. 2-га група - 20 пацієнтів які потребували стоматологічної ортопедичної та/або ортодонтичної реабілітації, яких пролікували враховуючи протокол ведення пацієнтів: з початку виготовили індивідуальний депрограматор на верхню щелепу на термін 2 тижні, після чого на депрограматорі була промальована «готична стріла» та було зафіксовано центральну позицію щелепи, після чого в цій позиції був виготовлений фрезерований сплінт на нижню щелепу на 3 місяці з початку - міорелаксуючий, а потім - переведений у стабілізуючий. Після зникнення симптоматики дисфункції СНЩС було зареєстроване положення МССП нижньої щелепи та було здійснено ортодонтичне або ортопедичне лікування, опираючись на новий прикус, який диктували м'язи.

Результати досліджень та їх обговорення.

Після проведеного дослідження, при якому було обстежено та проліковано 40 пацієнтів, було з'ясовано, що у першій групі досліджуваних, при протоколі ведення, опираючись на звичну оклюзію, при зміні виключно положення зубів, кривої Шпее та Уілсона у 26% пацієнтів спостерігалось покращення симптомів дисфункції, у 42% пацієнтів симптоматика залишилась однаковою як і до лікування, та у 32% пацієнтів спостерігалось загострення симптоматики у вигляді збільшення больових відчуттів, утрудненого відкривання ротової порожнини, а також інтенсивнішого виникнення хрускоту в ділянках СНЩС.

При дослідженні другої групи пацієнтів результати були наступними: у 76% пацієнтів спостерігалось значне покращення симптомів

дисфункції СНЩС, а саме – повне зникнення больової симптоматики, вільне відкривання ротової порожнини, а також практично повністю відсутній хрускіт в ділянці СНЩС; у 13% пацієнтів – симптоми залишились практично без змін, тільки больова симптоматика зникла; та у 11% пацієнтів відбулось погіршення симптомів дисфункції СНЩС.

Висновки. Отже, роблячи висновок з дослідженого вище матеріалу – очевидним є факт успішності та позитивного ведення пацієнтів з ознаками дисфункції СНЩС, використовуючи в своїй практиці депрограматор з подальшим знаходженням та фіксацією позиції нижньої щелепи при м'язевому спінальному стабільному положенні, сплінт-терапію з урахуванням положення МССП для тестування положення в довгостроковій перспективі, а також для переносу цього положення нижньої щелепи відносно основи черепа при постійному протезуванні.

Рябоконт Є.М.¹, Рябоконт Р.Є.²

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

**² Харківський національний медичний університет, м. Харків,
Україна**

125 РОКІВ ХАРКІВСЬКІЙ ЗУБОЛІКАРСЬКІЙ ШКОЛІ В.Я. ДУБОВСЬКОГО. ЗДОБУВАЧІ ОСВІТИ ШКОЛИ

Вступ. Харківська зуболікарська школа В.Я. Дубовського є однією з перших стоматологічних навчальних установ на території України, що започаткувала підготовку зубних лікарів на початку ХХ століття. Відкриття цієї школи стало важливим етапом у розвитку професійної освіти в галузі стоматології в Україні. Протягом свого короткого існування школа продемонструвала високі стандарти навчання, що дозволяло випускати висококваліфікованих фахівців.

Основна частина. Харківська зуболікарська школа В.Я. Дубовського розпочала свою діяльність у вересні 1900 року. Це була друга зуболікарська школа в університетському місті Харкові, що на той час вже мало розвинутий медичний факультет та інші навчальні заклади для підготовки фахівців.

Протягом першого 1900-1901 навчального року свого існування до 2-ї Харківської зуболікарської школи було зараховано 17 учнів. Перший набір свідчить про початкову невелику кількість учнів, але поступове набуло зростання популярності школи.

На першому курсі навчалось 10 осіб, з них 8 жінок і 2 чоловіки, а на третьому курсі – 7 (6 жінок і 1 чоловік).

Слід зазначити, що третій курс у повному складі перейшов з 1-ї Харківської зуболікарської школи М.Р. Заговалова та П.П. Кривопускова.

Таким чином, до школи вступали як чоловіки, так і жінки. Однак жіноча аудиторія значно переважала серед учнів, що було важливим явищем для того часу, коли жінки мали обмежені можливості в отриманні професійної медичної освіти.

У 1900-1901 навчальному році «випробування» проводилися двічі. Семестрові – наприкінці першого семестру для учнів першого року навчання, річні – наприкінці другого семестру, а остаточні випускні «випробування» – наприкінці першого півріччя (5-го семестру) для учнів третього курсу. Усі учні зуболікарської школи першого курсу після успішного складання «випробувань» були переведені на другий курс.

Семи учням третього курсу навчання, які закінчили курс у 2-й Харківській зуболікарській школі та склали випускні іспити, педагогічна рада постановила видати свідоцтва про успішне завершення школи. У січні 1901 року в зуболікарській школі В.Я. Дубовського відбувся випускний вечір. Усі вони пройшли перевірочне випробування на звання зубного лікаря у другому півріччі 1900-1901 навчального року перед спеціальною

комісією при Харківському університеті. Усі семеро випускників 2-ї Харківської зуболікарської школи В.Я. Дубовського були удостоєні диплома зубного лікаря.

Першими випускниками 2-ї Харківської зуболікарської школи були:

- Андреева;
- Аргутінська;
- Вальх;
- Залкінд;
- Зільберман;
- Хан-Агова;
- Гординський (чоловік).

На початок навчального року (1904 рік) серед 92-х учнів 2-ї Харківської зуболікарської школи В.Я. Дубовського за віросповіданням розподіл був таким:

- православного віросповідання – 27 осіб (18 жінок і 9 чоловіків);
- римо-католицького – 2 (обидві жінки);
- юдейського – 61 (46 жінок і 15 чоловіків);
- караїмського – 2 (обидві жінки).

Таким чином, серед учнів переважали жінки – 74 % та слухачі юдейського віросповідання – 66 %.

У 1904 році 2-га Харківська зуболікарська школа В.Я. Дубовського здійснила третій випуск зубних лікарів.

У 1904 році повний курс навчання у 2-й Харківській зуболікарській школі В.Я. Дубовського із отриманням установлених свідоцтв закінчили 26 осіб (18 жінок і 8 чоловіків).

Крім того, у грудні 1904 року попередньому випробуванню на звання зубного лікаря підлягали 8 дантистів: з них 4 чоловіки були допущені до іспиту на підставі затвердженої думки державної ради, а також 4 жінки, які

представили освітній ценз, передбачений статутом зуболікарської школи. Усі вони успішно склали встановлені випробування.

Висновки. Друга Харківська зуболікарська школа В.Я. Дубовського за короткий термін із моменту заснування у 1900 році продемонструвала ефективну організацію навчального процесу, забезпечивши підготовку декількох випусків фахівців уже до 1904 року, що вказує на швидкий розвиток навчального закладу.

Високий рівень залучення жінок до медичної освіти. Жінки становили більшість серед учнів – понад 70 %, що свідчить про відкритість закладу до жіночої освіти в сфері одонтології та медицини, що на той час було прогресивним явищем.

Конфесійне розмаїття учнів. Учні школи представляли різні релігійні громади, з переважанням осіб юдейського віросповідання (66 %). Це відображає демократичний і інклюзивний характер навчального закладу щодо національних і релігійних меншин.

Усі випускники, які пройшли випускні випробування та іспити при Харківському університеті, успішно здобули звання зубного лікаря, що свідчить про високий рівень викладання та відповідність освітнього процесу державним стандартам.

Діяльність другої Харківської зуболікарської школи В.Я. Дубовського в перші роки її існування (1900–1904 рр.) стала яскравим прикладом успішного розвитку зуболікарської освіти на початку ХХ століття. Школа не лише забезпечила фахову підготовку майбутніх зубних лікарів, а й зробила вагомий внесок у залучення жінок до медичної професії та створила умови для навчання представників різних релігійних і соціальних груп. Високі стандарти навчання, офіційне визнання з боку університетських і державних структур та стабільна динаміка випусків свідчать про вагоме місце закладу в історії професійної стоматологічної освіти України.

Свирида О.С., Аветіков Д.С., Аветіков Г.Д.

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

**ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ БІОМЕХАНІЧНОЇ
МОДЕЛІ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ
З ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Вступ. Переломи нижньої щелепи — поширена травма, що становить значну проблему для щелепно-лицевої хірургії [1]. Сучасні підходи до лікування, зокрема металоостеосинтез (МОС) титановими пластинами, визнані оптимальними [2, 3]. Однак, попри значні досягнення у вивченні біомеханіки та геометрії пластин, залишається потреба в оптимізації методів, що дозволять не лише ефективно фіксувати перелом, а й мінімізувати травмування м'яких тканин під час внутрішньоротового доступу. Враховуючи відсутність комплексних досліджень щодо впливу оперативного доступу та допоміжних методів на репаративний остеогенез, наше дослідження сфокусоване на розробці вдосконалених методик створення оперативного доступу з мінімізацією ушкоджень та застосування збагаченої тромбоцитами плазми (PRF мембрани та PRP ін'єкції) як монотерапії та в комбінації для прискорення відновлення.

Основна частина. Нами було створенно біомеханічну модель деформації та релаксації слизово-окістних та слизових клаптів в залежності від лінії перелому. Ця 3-D модель надає можливість усунути вимушений емпіризм при створенні оперативного доступу, а також використовуючи вдосконалену методику відшарування слизово-окістних та слизових клаптів в поєднанні з інтраопераційним введенням в рану PRF мембрани та в комбінації з ін'єкціями PRP дозволить зменшити вірогідність післяопераційних ускладнень, тривалість загоєння рани і весь післяопераційний період, що зменшить період непрацездатності пацієнта.

Висновки.

Сучасні методи лікування переломів нижньої щелепи, зокрема металоостеосинтез титановими пластинами, є ефективними, проте існуючі дослідження недостатньо враховують оптимізацію оперативного доступу та його вплив на м'які тканини. Наше дослідження пропонує інноваційний підхід, завдяки створеній 3-D моделі усуваючи вимушений емпіризм та зосереджуючись на мінімізації пошкоджень під час створення оперативного доступу внутрішньоротовим шляхом у поєднанні з інтраопераційним введенням в рану PRF мембрани в комбінації з ін'єкціями PRP, дозволяє зменшити травматичність втручання, прискорити післяопераційне відновлення та покращити функціональні та естетичні результати лікування пацієнтів з переломами нижньої щелепи.

Література

1. Murray JM. Mandible fractures and dental trauma. Emerg Med Clin North Am. 2013 May;31(2):553-73. DOI: 10.1016/j.emc.2013.02.002.
2. Haerle F, Champy M, Terry BC. Atlas of Craniomaxillofacial Osteosynthesis: Microplates, Miniplates, and Screws. 2nd ed. Thieme; 2009.
3. da Silva CC, Lima MC, de Carvalho ML, de Lima VN, de Albuquerque GC, Vasconcelos BC. Resorbable Osteosynthesis in Mandibular Fractures. An Exploratory Systematic Review. Odovtos Int J Dent Sci. 2024;26(2):113-125. DOI: 10.15517/ijds.2024.60451.

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

Харківський національний медичний університет, м. Харків
РОЛЬ ВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ У ФОРМУВАННІ М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СНЩС (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Вступ: Сконево-нижньощелепний суглоб (СНЩС) - складна анатомо-функціональна одиниця, що тісно пов'язана із м'язово-зв'язковим апаратом, судинною та нервовою системами. М'язово-суглобова дисфункція СНЩС (МСД СНЩС) є поширеною патологією, яка має доволі

різноманітну клініку та, у тій чи іншій мірі, супроводжується зниженням якості життя.

Водночас венозні мальформації (ВМ), як прояв вроджені судинні аномалії, залишаються недооціненим чинником у патогенезі цієї патології СНЩС. Венозні мальформації, як вроджені так і набуті судинні аномалії, є малодослідженим фактором, що потенційно впливає на розвиток дисфункцій СНЩС [1].

Мета дослідження: Продемонструвати роль венозної мальформації, як тригерного фактора, у розвитку м'язово-суглобової дисфункції СНЩС на прикладі клінічного випадку.

Матеріали та методи: до нас звернулась пацієнтка К., 23 роки зі скаргами на болі у ділянці СНЩС, клацання і біль при відкриванні рота та періодичні головні болі. Під час збору анамнеза захворювання було з'ясовано, що у 2021 році діагностована кавернозна венозна мальформація у ділянці правої підвиличної дуги. Пацієнтці виконана ортопантоморгама та зонографія СНЩС (відкритий, закритий рот). Проведено об'єктивне обстеження ділянки СНЩС-ів та жувальних м'язів.

Результати та їх обговорення. Об'єктивне обстеження пацієнтки К., 23 роки виявили гіпертонус жувальних м'язів, обмеження екскурсії нижньої щелепи I-II ст., помірний біль при внутрішній та зовнішній пальпаціях ділянки голівки СНЩС справа, пальпація ділянок жувальних м'язів була помірно болісна, пальпувались точки напруги у жувальних м'язах. Біль та точки напруги в дялянках власне жувального, нижнього кріплення медіального крилоподібного, скроневого м'язів, були розсіяні і визначались у різних ділянках.

На ортопантомограмі пацієнтки К., 23 р. в ділянці виличної дуги зправа локується флеболіт, що свідчить про наявність судинних змін. На рентгенограмах СНЩС виявлено нерівномірне розширення суглобових щілин.

Тобто наявність довготривалої хронічної венозної гіпертензії та локальної гіпоксії, які спричинені мальформацією, можуть порушувати тонус м'язів, викликати компенсаторні спазми, а також сприяти розвитку функціональних блоків у СНЩС. Це вказує на необхідність врахування судинних факторів при діагностиці та лікуванні дисфункцій СНЩС, що напевно спричиняла довготривалу компресію м'язових структур і локальне порушення венозного відтоку.

Висновки: Венозні мальформації є важливим, хоча й рідко розглядуваним, етіологічним чинником у розвитку м'язово-суглобової дисфункції СНЩС. Їх своєчасне виявлення дозволяє провести більш ефективну комплексну терапію із включенням судинного хірурга та фізіотерапевта.

Література

1. Скикевич М. Г. До питання про рідку патологію судин щелепно-лицьової області / М.Г. Скикевич, Д.С. Аветіков, В.М. Соколов // Світ медицини та біології - 2012 - № 2 - С.71-78.

Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Доленко О.Б., Старченко І.І.,

Буря Л.В., Коротич Н.М., Окулов Ю.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

ЧАСТОТА ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ, МІКРОСКОПІЧНОЇ БУДОВИ І ЛІКУВАННЯ ФОЛІКУЛЯРНИХ КІСТ ЩЕЛІП У ДІТЕЙ

Фолікулярна кіста (ФК) є одним із поширених видів одонтогенних кіст, які виявляються у 17,4-19 % дорослих пацієнтів та у 35,5-42 % дітей і підлітків. Найчастіше патологія діагностується у віці від 7 до 25 років, при цьому найбільший відсоток (34 %) становлять 14-річні пацієнти. У дитячому віці ФК зазвичай розташовуються в зоні молярів нижньої щелепи (20,8 %) та верхніх іклів (10 %), тоді як у дорослих їх виникнення найчастіше

пов'язане із зубами мудрості нижньої щелепи (23,3 %) та верхніми іклами (18,3 %).

Мета дослідження – аналіз частоти випадків, особливостей мікроскопічної будови, клінічної картини та лікування щелепних фолікулярних кіст у дітей.

Матеріали та методи. Обстежено 39 пацієнтів віком від 6 до 15 років (22 хлопчики та 17 дівчаток) з фолікулярними кістами, які звернулися до клініки кафедри дитячої хірургічної стоматології ПДМУ. У 27 дітей кісти були локалізовані на нижній щелепі, у 12 – на верхній.

Дослідження включало збір анамнезу, об'єктивне та інструментальне обстеження, а також рентгенографію, комп'ютерну томографію (КТ) або магнітно-резонансну томографію (МРТ) за показаннями.

Гістологічний аналіз операційного матеріалу здійснювався за стандартними методиками.

Результати дослідження. Серед дітей, які мали кісти щелеп, 38,0 % випадків припадало на фолікулярні кісти. Найвищу частку становили пацієнти віком 11-15 років (66,7 %).

У 8 випадках (20,5 %) хвороба могла бути спровокована травматичним впливом (за словами батьків), а у 10 дітей (25,6 %) в анамнезі відзначались часті епізоди ГРВІ, хоча прямої кореляції з утворенням ФК не виявлено.

У 12 випадках (30,8 %) патологія не мала виражених симптомів, і пацієнти звертались до лікаря лише через відсутність прорізування постійного зуба або затримку його появи. У понад половині випадків (56,4 %) батьки та діти відзначали випинання альвеолярного відростка, що супроводжувалося щільним, безболісним або малоболісним утворенням. У 17,9 % дітей віком 13-15 років у зоні кісти спостерігався характерний «пергаментний хрускіт», а у 5 з них (71,4 %) також була наявна флюктуація.

Лише у 2 випадках (5,1 %) розвивалося нагноєння з ознаками гострого запального процесу.

На рентгенологічних та томографічних зображеннях кісти проявлялися у вигляді чітко відмежованих округлих або овальних утворень із рівномірною структурою, всередині яких знаходились коронки ретенуваних зубів. Пункція у 94,9 % випадків виявляла прозору жовту рідину з кристалами холестерину, а у двох пацієнтів із нагноєнням – ексудат.

Оперативне лікування проводилось під загальним наркозом за стандартними хірургічними методиками. З огляду на можливість нормального розвитку «причинного» зуба, у 41,0 % випадків виконували цистектомію з частковим оголенням його коронки. У 59,0 % пацієнтів під час операції видаляли фолікул, що спричинив формування кісти.

У післяопераційний період ускладнень не зафіксовано. Пацієнти перебували під диспансерним наглядом для профілактики можливих деформацій щелепи.

Гістологічна характеристика післяопераційного матеріалу: стінки фолікулярних кіст склалися з щільної волокнистої сполучної тканини з пучками колагенових волокон, а внутрішня поверхня була вистелена багат шаровим плоским епітелієм без ознак ороговіння.

Висновки. У 66,7 % випадків фолікулярні кісти спостерігаються у дітей 11-15 років, а у 20,5 % пацієнтів можливим фактором розвитку патології є травма.

- 1) Гістологічно оболонка кісти складається з волокнистої сполучної тканини з високим вмістом фіброblastів, а внутрішній шар представлений багат шаровим плоским незроговіваючим епітелієм.
- 2) Фолікулярні кісти становлять 38,0 % від загальної кількості планових хірургічних втручань з приводу кіст щелеп. У 41,0 % випадків проводять

цистектомію із частковим оголенням коронки зуба, а у 59,0 % – видалення фолікула.

Черняк Я. К.

Національний університет фізичного виховання і спорту України
ФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В
ЗМЕНШЕННІ БОЛЮ ТА ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Вступ. Скренево-нижньощелепний суглоб (СНЩС) – один із найскладніших парних суглобів організму людини, що виконує важливу роль у реалізації функцій жування, мовлення та ковтання. Дисфункція СНЩС проявляється порушеннями гармонійної взаємодії суглобових поверхонь, жувальних м'язів та зв'язкового апарату, яка супроводжується болем, м'язовим напруженням, клацанням, обмеженням амплітуди рухів і функціональною нестабільністю [1]. Цей стан суттєво знижує якість життя пацієнтів, має тенденцію до хронізації та часто супроводжується психоемоційними розладами.

У сучасних умовах провідну роль у комплексному підході до лікування дисфункції СНЩС відіграє фізична реабілітація, що включає застосування методів фізіотерапії, мануальної терапії та ерготерапії. Важливість цього напрямку зумовлена не лише високою ефективністю в усуненні симптомів, а й здатністю впливати на патогенетичні механізми захворювання [1]. Особливе місце у фізичній реабілітації займає лікувальна гімнастика, яка завдяки своїм фізіологічним ефектам сприяє відновленню нормальної функції суглоба, зменшенню запалення та болю, нормалізації м'язового тону [2]. Водночас для ефективного застосування реабілітаційних заходів необхідне глибоке розуміння фізіологічних механізмів, що лежать в основі її терапевтичної дії.

Мета роботи – оцінити фізіологічні основи впливу засобів фізичної реабілітації, зокрема лікувальної гімнастики, на зменшення больового синдрому та запальних процесів при дисфункції СНЩС.

Основна частина. Захворювання СНЩС може проявлятися хронічним первинним болем, пов'язаним з дисфункцією центральної нервової системи (ЦНС), через механізм центральної сенсibiliзації, яка може призвести до гіперчутливості у таких пацієнтів. Тому, лікування хворих з дисфункцією СНЩС орієнтоване на зменшення болю, покращення функціональної активності суглоба та зниження рефлексорного спазму жувальних м'язів. У цьому аспекті методи фізичної реабілітації, зокрема лікувальна гімнастика, мають важливе значення, оскільки коригувальні вправи сприяють зменшенню напруги в жувальних м'язах, нормалізації їх тону, покращенню рухливості СНЩС і зменшенню больового синдрому, що часто виникає внаслідок дисфункції [2].

Встановлено [2], що один із механізмів дії лікувальної гімнастики – активізація м'язової активності, що знижує спазм і покращує кровообіг в тканинах суглоба та оточуючих м'язах. Зокрема, застосування мануальної терапії допомагає зняти м'язову напругу та спазми, що часто виникають у пацієнтів із дисфункцією СНЩС. Мануальні техніки дозволяють відновити правильне положення суглоба, покращити кровообіг і знизити запалення. Вони також допомагають зменшити навантаження на м'язи та суглоби, що знижує больові відчуття.

Інші напрями застосування вправ під час фізичної реабілітації таких пацієнтів – м'язові тренування. Так, вправи для зміцнення м'язів можуть допомогти нормалізувати рухи суглоба, зменшити навантаження на нього і попередити подальші ушкодження. Це дозволяє покращити стабільність суглоба та знизити біль, пов'язаний із дисфункцією м'язів. Водночас, вправи, спрямовані на поліпшення рухливості суглоба, допомагають зменшити скутість і дискомфорт, які супроводжують цей стан [1].

Важливою частиною є індивідуальний підхід до пацієнта, коли вправи підбираються з урахуванням стадії захворювання, наявних симптомів і здатності пацієнта виконувати навантаження.

Аналіз наукових даних показав [3], що комбінований підхід до зміцнення та координації щелепи з програмами мобілізації та постави покращують рухливість щелепи та зменшують біль у суглобах. У цьому випадку силові тренування з ізотонічними вправами на розкриття щелепи відіграють ключову роль у полегшенні м'язового болю, зниженні запалення та покращенні діапазону рухів нижньої щелепи. Основний механізм, ймовірно, полягає в гальмівному впливі на сухожилля Гольджі. Сухожилля апарату Гольджі, розташовані в цільовому м'язі, розтягуються шляхом ізометричного скорочення, викликаючи гальмівний вплив на м'язову активність через м'язові волокна Ib [4]. Крім того, постуральні вправи зазвичай використовуються для лікування болю в шийному відділі хребта, але їх також можна застосовувати в орофациальній ділянці, полегшуючи м'язові симптоми, такі як біль, напруга та скутість, впливом положення голови та нижньої щелепи [5]. Вважається [1], що неправильне положення голови може викликати м'язовий біль через прискорення м'язової активності м'язів шиї та щелепи, а також постуральних рефлексів. Так, різноманітні методи релаксації, такі як дихальні вправи, медитація або йога, сприяють зниженню рівня стресу та емоційної напруги, які можуть бути причиною посилення болю через центральну сенсibilізацію. Зниження стресу дозволяє зменшити активацію больового синдрому при цій патології через інгібування шляхів у ЦНС.

Отже, фізична реабілітація при дисфункції СНЩС повинна мати комплексний підхід, що охоплює не лише фізичну терапію, а й нейрофізіологічні та психологічні методи, спрямовані на нормалізацію функцій ЦНС і зменшення болю через механізми центральної сенсibilізації.

Висновки. Фізична реабілітація є ефективним методом терапії при дисфункції СНЩС, сприяючи зменшенню болю та запальних процесів. Активація м'язової активності, покращення кровообігу та нормалізація м'язового тону через лікувальні вправи дозволяють знижувати м'язову напругу, поліпшувати рухливість суглоба та стабільність. Індивідуалізація реабілітаційного підходу сприяє досягненню максимального клінічного ефекту, зменшуючи симптоми та покращуючи якість життя пацієнтів.

Література.

1. Ferrillo M, Giudice A, Marotta N, Fortunato F, Di Venere D, Ammendolia A, et al. Pain management and rehabilitation for central sensitization in temporomandibular disorders: a comprehensive review. *Int J Mol Sci.* 2022;23(20):12164. doi: 10.3390/ijms232012164.
2. Urbański P, Trybulec B, Pihut M. The application of manual techniques in masticatory muscles relaxation as adjunctive therapy in the treatment of temporomandibular joint disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(24):12970. doi: 10.3390/ijerph182412970.
3. Storm Mienna C., Glas L., Magnusson M., Ilgunas A., Häggman-Henrikson B., Wänman A. Patients' experiences of supervised jaw-neck exercise among patients with localized TMD pain or TMD pain associated with generalized pain. *Acta Odontol. Scand.* 2019;77:495–501. doi: 10.1080/00016357.2019.1598573.
4. Contento V.S., Dalton B.H., Power G.A. The inhibitory tendon-evoked reflex is increased in the torque-enhanced state following active lengthening compared to a purely isometric contraction. *Brain Sci.* 2019;10:13. doi: 10.3390/brainsci10010013.
5. Shimada A., Ishigaki S., Matsuka Y., Komiyama O., Torisu T., Oono Y., Sasaki K. Effects of exercise therapy on painful temporomandibular disorders. *J. Oral Rehabil.* 2019;46:475–481.

Khudiakova Maryna

Kharkiv Medical National University, Kharkiv, Ukraine

STUDYING THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF PROJECT-BASED LEARNING TECHNOLOGY FOR DENTAL LISTENERS OF THEMATIC IMPROVEMENT IN POSTGRADUATE PROFESSIONAL TRAINING AT THE FORMATIVE STAGE OF THE EXPERIMENT

Reforming the healthcare system is aimed at rethinking the role of healthcare professionals and puts forward new requirements for the level of professional competencies, for multi-level training of «highly qualified specialists who successfully compete in the labour market, are able to continuously improve their professional and universal knowledge, professional self-development, etc.» [1]. Since a healthcare professional must have a set of social, cognitive and emotional skills necessary for successful social adaptation, control of the social situation and professional activity, cooperation with colleagues, patients, etc., there is a need to develop the social competence of healthcare professionals, in particular during postgraduate education [2, 3].

In Ukraine, more than 70% of the population has higher education, but the potential of higher education in Ukraine is not fully utilized by society and the economy. [4]. Thus, modern information technologies help to update and supplement all types of activities, including the educational process, and become integral in the study of most academic disciplines.

The global process of transition from an industrial to an information society and the socio-economic changes taking place in Ukraine require significant changes in higher education, and especially in postgraduate medical education, which is aimed at the professional development of a specialist throughout the entire professional activity of a doctor [5]. The rapid growth of medical knowledge and the need to ensure a high qualification level of medical personnel make it expedient to use modern information technologies in the

educational process, which make it possible to improve the quality of education, make the process of acquiring knowledge systematic and highly efficient [6].

These features of training a modern medical specialist should be taken into account when using all modern e-learning technologies, which should be considered an important prerequisite for ensuring the quality of education [7].

One of the problems of modern education is that dental listeners at the postgraduate stage of education experience some difficulties in applying theoretical knowledge in practice. The ability to apply the acquired knowledge, skills and abilities in professional activities cannot appear by itself, it needs to be taught. To solve this problem, it is necessary to introduce the project method into the educational process.

Therefore, we understand that project technology can be one of the promising teaching technologies that can be used in the training of dental listeners at the postgraduate stage of education and will contribute to the creative self-realisation of future specialists, increase motivation to gain knowledge, and develop intellectual abilities.

The aim of the study was to investigate the effectiveness of using project-based learning technology in the professional training of dental listeners at the postgraduate stage of education in the experimental and control groups at the formative stage of the experiment in the process of teaching the discipline «Modern Views on Periodontal Diseases in Adults and Children».

Materials and methods. The study was conducted during the spring semester on the basis of the Department of Dentistry of the Faculty of Postgraduate Education of KhNMU. The study was attended by listeners of the cycle of thematic improvement in teaching the discipline «Modern Views on Periodontal Diseases in Adults and Children» in the amount of 26 people. Two groups were formed: EG - classes were conducted using project-based learning technology and CG - classes were conducted according to the traditional methodology.

The research methods used were comparison, synthesis, analysis, generalisation, observation, surveys, questionnaires, interviews, pedagogical experiment, and statistical analysis.

Results of the study. To carry out the formative stage of the experiment, it was planned to update the educational and methodological support of the discipline and develop methodological recommendations for teachers. Also, to test the effectiveness of the project-based learning technology, we analysed the curriculum of the discipline «Modern Views on Periodontal Diseases in Adults and Children» and identified topics that would be more suitable for project implementation. We identified the following topics for practical training: «Selective tooth grinding technique», «Criteria for determining the severity of periodontitis», «Determination of periodontal indices».

The project «The ABCs of Manual Scaling» aroused considerable interest among listeners, which aims to explore the possibilities of manual scaling instruments and study the types of kits for professional periodontal tissue treatment, as well as to learn treatment protocols for manual curettes and determine the indications and contraindications for the use of manual instruments in the local treatment of periodontal diseases using project-based learning technology.

Performance evaluation is an essential element of project management. Project performance is the ratio of planned expectations to the final results of work.

Methodological recommendations that were developed on the basis of the master's research were considered by the methodological council of the Department of Dentistry of the KhNMU and recommended for implementation in the educational process for the purpose of professional training of dental applicants at the postgraduate stage of education.

Conclusions. At the formative stage, the features of the application of project-based learning technology in the professional training of dental listeners

at the postgraduate stage of education were identified. The educational and methodological complex of the discipline was updated and improved, and projects were introduced in practical classes of the educational discipline «Modern Views on Periodontal Diseases in Adults and Children».

1. Methodical recommendations for the implementation of project-based learning technology in the professional training of dental listeners at the postgraduate stage of education have been developed based on the results of a pedagogical experiment, which indicate a positive trend in the level of success of listeners. The methodological recommendations contain practical advice on creating projects and the possibility of their implementation in the process of teaching the discipline «Modern Views on Periodontal Diseases in Adults and Children».

References.

1. Kharkivska A.A. Quintessence of the development of a single educational space of multilevel innovative educational institutions / I All-Ukrainian scientific and practical Internet conference “Scientific research and innovations in the field of social sciences and humanities” (November 24, 2021) // ed. by O.P. Lomeiko, O.A. Yeremenko, V.V. Mykhailov and others. TDATU. Melitopol, 2021. Ч. 1. С. 344-346.

2. Kharkivskyi VS. Development of social competence of medical specialists in the system of postgraduate education / V.S. Kharkivskyi. Scientific Journal of Khortytska National Academy. 2021. Issue 2(5). С. 82-91. DOI:<https://doi.org/10.51706/2707-3076-2021-5-9>.

3. Postgraduate education of doctors: characteristics of basic concepts. Medical education. 2019. URL : [http://medosvita.info/2019/05/19/pisladiplomnaosvita/..](http://medosvita.info/2019/05/19/pisladiplomnaosvita/)

4. Strategy for the Development of Higher Education in Ukraine for 2021-2031. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/rizne/2020/09/25/rozvitku-vishchoi-osviti-v-ukraini-02-10-2020.pdf>.

5. Nemesh OM, Gonta ZM, Shylivskyi IV. The role of electronic content in the distance learning of dentists at the postgraduate stage of education. Bukovinian Medical Herald. 2020.T.24, №3 (95). C. 190-194. DOI: 10.24061/2413-0737.XXIV.3.95.2020.92

6. Reforming the system of medical education in the light of the concept of “knowledge society” [Internet]. Available: [http://inmeds.com.ua/dn_in_med/5982/..](http://inmeds.com.ua/dn_in_med/5982/)

7. Lisovyi V.M. Medical e-education as a modern innovative educational and pedagogical trend / LII educational and methodological conference of KhNMU (Kharkiv, January 30, 2019) “Introduction of innovative technologies for organizing the educational process in KhNMU - a leading way to improve the quality of higher medical education”: collection of materials. KHNMU. Kharkiv, 2019. Issue 10. C. 3-5.

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

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

**ASSESSMENT OF THE ORGANISM'S ADAPTIVE
REACTIONS ACCORDING TO THE HEMOGRAM INDICATORS OF
PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS**

Blood carries out the transport of metabolic products occurring in the cellular environment and reflects the physiological and pathophysiological processes of a functioning organism. Therefore, the occurrence of a pathological process affects the condition of the oral cavity and the organism as a whole to varying degrees [1]. Blood analysis can be used to judge the nature of the pathology, which is associated with inflammatory, allergic, autoimmune, oncological nature or other reactions [2,3].

The leukocyte formula, as the most important part of clinical blood analysis, provides diagnostic information already in the pre-nosological period and in the initial stages of the disease. Therefore, the use of hematological

indicators allows assessing the state of the body's adaptive reactions without special research methods [4,5].

The aim of this study was to study integral hematological parameters in patients with generalized periodontitis with a combined course of chronic cholecystitis and pancreatitis.

The calculation of ten integral hematological parameters was carried out on the basis of the leukocyte formula of peripheral blood in 36 patients with chronic generalized periodontitis of I and II degrees of severity. The control group consisted of 20 healthy individuals without changes in periodontal tissues. The state of periodontal tissues was assessed according to clinical and radiological examination data. Statistical processing was performed using Microsoft Excel Office 2007. The reliability of the obtained results was analyzed using the Student and Wilcoxon criteria.

In patients with generalized periodontitis (GP) with a combined course of chronic cholecystitis and pancreatitis (CCCP and CP), a significant increase in the leukocyte index (LI) was found by 1,28 times ($p < 0,001$). An increase in the leukocyte-erythrocyte ratio index (LERI) was found by 3,4 times ($p < 0,001$), and the lymphocyte-granulocyte index (LGI) by 1,2 times ($p < 0,05$). The total index (GI) increased by 1,8 times ($p < 0,01$). At the same time, the indicators of these indices were slightly higher in patients with GP of the II degree of severity. The neutrophil-monocyte ratio index (NMI) also increased 3,5 times ($p < 0,01$), and the neutrophil-lymphocyte ratio index (NLI) decreased 1,2 times ($p < 0,05$) compared to healthy individuals.

As a result of the conducted studies, it was found that patients with generalized periodontitis with a combined course of chronic cholecystitis and pancreatitis have pathological damage to leukocytes, which is associated with intoxication and an autoimmune process.

Determination of hematological indicators is and remains justified and appropriate for studying the dynamics of treatment of both an individual patient

and a group of patients. Studies of the mechanisms of intercellular interactions of peripheral blood improve our understanding of their biological role in the occurrence, development and course of inflammatory and inflammatory-dystrophic changes in periodontal tissues. The available hematological indicators allow us to approximately assess the work of the effector mechanisms of the immune system, the degree of their compensation, which helps to adequately assess the state of the human body.

Literature:

1. Dudchenko MA, Malyk LV. Sostoianye yazvennoho stomatyta y duodenalnoi yazvi u bolnikh po yntehralnim hematolohycheskym yndeksam [The state of ulcerative stomatitis and ulcerative disease of the duodenum in patients according to integrated hematological indicators]. Visnyk problem biolohii ta medytsyny. 2013; 2/99(1):100-103. (Ukrainian).

2. Batig, V, Glushchenko T. Analiz dynamiky paraklinichnykh indeksiv pislia likuvannia heneralizovanoho parodontytu u khvorykh iz metabolichnym syndromom [Analysis of the dynamics of paraclinic indices after treatment of generalized periodontitis in patients with metabolic syndrome]. Aktual'ni problemy suchasnoyi medytsyny: Visnyk Ukrayins'koyi medychnoyi stomatolohichnoyi akademiyi. 2023; 23(2.1): 96-99. (Ukrainian).

3. Mohylenets OI. Intehralni hematolohichni pokaznyky yak predyktory dotsilnosti zastosuvannia antybakterialnoi terapii u khvorykh na hostri respiratorni infektsii [Integral hematological indicators as predictors of the appropriateness of antibacterial therapy in patients with acute respiratory infections]. Scientific Journal «ScienceRise». 2015; 10/3(15):16-19. (Ukrainian).

4. Moshel TM, Ostrovska LY. Otsinka intehralnykh hematolohichnykh indeksiv u patsiientiv iz urazhenniamy tkanyn parodonta. Medychna nauka v praktyku okhorony zdorovia [Medical science in healthcare practice] : materialy Vseukr. nauk.-prakt. konf. molodykh uchenykh, Poltava, 21 lystopada 2014 r; Poltava: UMSA\$ 2014. p. 9. (Ukrainian).

5. Ostrovska LY, Moshel TM, Ivanytskyi IO. Analiz pokaznykiv hemohram u patsiientiv iz zapalnymy i zapalno-dystrofichnymy zminamy tkanyn parodonta [Analysis of hemogram parameters in patients with inflammatory and inflammatory-dystrophic changes in periodontal tissues] Visnyk problem biolohii ta medytsyny. 2016; 1/1(126): 360-363. (Ukrainian).

Зміст

Аветіков Г.Д., Локес К.П, Свирида О.С.....	4
ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ ВИДАЛЕННЯ МЕЗІАЛЬНОНАХИЛЕНИХ РЕТЕНОВАНИХ НИЖНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ З ВИКОРИСТАННЯМ БІОМЕХАНІЧНОЇ МОДЕЛІ	
Буханченко О.П., Бойко І.В.	5
ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМИ РУБЦЯМИ ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ	
Виженко Є.Є., Стасюк О.А., Сокологорська-Никіна Ю.К., Курєдова В.Д.....	7
ПОЛОЖЕННЯ ТА РОТАЦІЯ ГОЛІВОК СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ В ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ПРИКУСУ	
Л.Б. Галич, Л.В. Галич, В.Д. Курєдова.....	10
ВПЛИВ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ НА СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИЙ СУГЛОБ	
Кобцева О.А.....	13
ОЦІНКА ПРОСТОРОВОГО ПОЛОЖЕННЯ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ: ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ	
Ковальчук Д.О., Боян А.М.....	15
ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РУХІВ СКРОНЕВО НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ	
В.П. Коркішко, В.М. Криванич	17
ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЛІТРАВМОЮ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ: МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ІЗ ЗАЛУЧЕННЯМ АМБУЛАТОРНОЇ СТОМАТОЛОГІЇНЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ	
Костенко Є. Я., Костенко С. Б., Ньорба-Бобиков М. М.....	21
ДИСТОПІЯ ТА РЕТЕНЦІЯ ЗУБІВ: СТАТИСТИЧНЕ ПОШИРЕННЯ	
Лях А.І.....	24
АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПРОЯВАМИ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПОВОГО СУГЛОБУ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ	

Рябоконт Є.М., Рябоконт Р.Є.	26
125 РОКІВ ХАРКІВСЬКІЙ ЗУБОЛІКАРСЬКІЙ ШКОЛИ В.Я. ДУБОВСЬКОГО. ЗДОБУВАЧІ ОСВІТИ ШКОЛИ	
Свирида О.С., Аветіков Д.С., Аветіков Г.Д.	30
ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ БІОМЕХАНІЧНОЇ МОДЕЛІ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	
Стоян О.Ю., Савельсва Н. М., Томіліна Т.В.	31
РОЛЬ ВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ У ФОРМУВАННІ М'ЯЗОВО- СУГЛОБОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СНЩС (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	
Ткаченко П.І., Білоконт С.О., Доленко О.Б., Старченко І.І., Буря Л.В., Коротич Н.М., Окулов Ю.В.	33
ЧАСТОТА ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ, МІКРОСКОПІЧНОЇ БУДОВИ І ЛІКУВАННЯ ФОЛІКУЛЯРНИХ КІСТ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ	
Черняк Я. К.	36
ФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ЗМЕНШЕННІ БОЛЮ ТА ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА	
Khudiakova Maryna.	40
STUDYING THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF PROJECT-BASED LEARNING TECHNOLOGY FOR DENTAL LISTENERS OF THEMATIC IMPROVEMENT IN POSTGRADUATE PROFESSIONAL TRAINING AT THE FORMATIVE STAGE OF THE EXPERIMENT	
Moshel T. M., Boychenko O. M., Bublil T. D., Haggag A.	44
ASSESSMENT OF THE ORGANISM'S ADAPTIVE REACTIONS ACCORDING TO THE HEMOGRAM INDICATORS OF PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS	