

Після досягнення бажаного косметичного результату – освітлення коронки зуба- тимчасове пломбування засобами з гідроокису кальцію задля олужнення цервікальної ділянки коронки зуба. Чітке дотримання рекомендацій виробника і техніки застосування дозволить запобігти безпосереднім і віддаленим ускладненням та досягти успіху в лікуванні.

## **ОЦІНКА ПОЛОЖЕННЯ ГОЛІВОК СНЩС У ПАЦІЄНТІВ З II КЛАСОМ ЗА ЕНГЛЕМ**

*Дуда Є.Р., Колотизін О.Л., Марцинюк М.М.*

**Науковий керівник: к.м.н. Стасюк А.А.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів*

*Українська медична стоматологічна академія*

Зубощелепні аномалії (ЗЩА) створюють естетичні недоліки та супроводжуються функціональними порушеннями органів щелепно-лицевої ділянки, мають визначну роль в патогенезі захворювання скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС). В свою чергу, одним із важливих пунктів стабільності ортодонтичного лікування є лікувальні заходи, що направлені на створення центрального положення голівок нижньої щелепи і стабільної оклюзії. Тобто, існує нерозривний зв'язок між оклюзією та положенням голівок СНЩС. В наукових публікаціях науковці доводять, що ортодонтичне лікування може послабити симптоми дисфункції СНЩС.

Найбільш інформативним методом рентгенологічного дослідження СНЩС є комп'ютерна томографія, що дає уявлення про кісткові структури та можливість вимірювання величини суглобової щілини. Це визначає актуальність даної теми та необхідність даного досліджу.

**Мета дослідження.** Дослідити положення та оцінити симетрію суглобових голівок СНЩС у пацієнтів з II класом за Еглем.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проведено на конусно-променевих комп'ютерних томограмах (КПКТ) 30 пацієнтів, що звернулися на кафедру післядипломної освіти лікарів-ортодонтів УМСА. Було проведено розподіл пацієнтів по гендерному принципу, серед яких 18 жінок та 12 чоловіків. Вік пацієнтів коливався від 8 до 29 років. Щоб чітко пояснити різноманітні положення СНЩС була використовуватися сітка Gelb 4/7.

**Результати.** Симетричне положення голівок СНЩС в позиції 4/7 встановлено у двох пацієнтів (6, 67%), асиметричних випадків немає. Для пацієнтів з II класом за Енглем дане положення є найменш характерним.

Найчастіше зустрічається симетричне положення суглобових голівок в позиції 1/4-12 пацієнтів (40%), асиметричне положення з іншими позиціями виявлено в 6 випадках тільки з лівого боку.

Симетричне положення суглобових голівок в позиції 1/3 виявлено у 8 пацієнтів (26,67%), асиметричне – в 4 випадках, тільки справа.

У сегменті 2/5 симетричне положення голівок СНЩС є у 2 випадках (6,67%), асиметричне у двох випадках справа.

Висновок. Найбільш характерне положення СНЩС у сітці Gelb 4/7-1/4 (40%), тобто положення голівки СНЩС знаходиться вище норми; положення 1/3-26% – тобто передньо-верхнє положення відносно норми; в сегменті 2/5-6,67% – задньо-верхнє положення відносно норми;

Серед усієї групи досліджених лише у 2 випадках було зафіксоване нормальне положення суглобових голівок (4/7 по Gelb) – 6,67%.

## **ВПЛИВ МУЛЬТІЕКРАННОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ НА СТАН СЛІЗНОЇ ПЛІВКИ**

*Дун Фан Хуї, Троценко І.В.*

**Науковий керівник: д.мед.н., проф. Безкоровайна І.М.**

*Кафедра оториноларингології з офтальмологією*

*Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність: Хвороба сухого ока (ХСО) поширена серед молодих людей, у зв'язку з щоденним впливом різноманітних екранів у всіх сферах їх життєдіяльності (Пимениди М.К. и др., 2010; Arita R. et al., 2015). Однак, недостатньо висвітлена проблема змін специфічних якісних характеристик слізної плівки, що аргументує доцільність проведення сучасних досліджень.

Мета роботи: Вивчити зміни поверхні ока у людей з мультиекранним способом життя.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 184 чоловіка (368 очей) від 19 до 29 років. Виділені три групи по тривалості безперервного навантаження гаджетів: Iгр. (1 год) – 136 очей; IIгр. (2 год) – 120 очей; IIIгр. (до 6 год) – 112 очей; Всім проводили інтерферометрію, вимір висоти слізного меніску, неінвазивний час розриву слізної плівки на апараті SBM ICP Tearscore (Італія) та iPad Pro (США), тест Ширмера, та тест LIPCOF

Результати: На початку дослідження у 34% (62 чоловіка) були встановлені скарги, характерні для ХСО. Висота слізного меніску склала <0,22 мкм у 46%, що свідчило про вже наявні початкові прояви хвороби «сухого ока»; ≥0,22 мкм – у 56%. Інтерферометрично визначали товщину ліпідного шару (ТЛШ) слізної плівки: 15нм у 10%, 30 нм у 24%; від 30 до 80 нм у 32%; 80 нм у 22%; від 80 до 120 нм у 12%. Час першої деформації слізної плівки складав від 3 до 20 с, із середнім значенням 11,23±8,57.

В залежності від тривалості цифрового навантаження спостерігали кореляційне зменшення висоти слізного меніску ( $r=0,65$  ( $p<0,05$ )). Також достовірно зменшувалася якість ліпідного шару слізної плівки від тривалості цифрового навантаження ( $r = 0,69$  ( $p<0,05$ )).

Тож, проведеним дослідженням встановлено, що слізну плівку молодих людей, котрі ведуть мультиекранний спосіб життя, характеризує зменшення товщини ліпідного шару, скорочення часу її розриву та зменшення висоти слізного меніску.

Висновки: 1. Тривалість роботи за екраном гаджетів безпосередньо впливає на зміни показників слізної плівки ока.