

демонструє наростання щільності кісткової тканини з віком від 6 до 40 років з $501 \pm 61,06$ до $587,6 \pm 48,81$ відповідно.

Самою щільною ділянкою на ВЩ є альвеолярний відросток між центральними різцями, який з віком збільшується від $1045,14 \pm 59,81$ до $1318 \pm 69,28$. Встановлено достовірну різницю щільності в ділянці між центральними різцями в I і III групах, дані показники майже в 2-2,5 рази перевищують щільність С2.

Така ж динаміка, тобто збільшення з віком щільності кісткової тканини, простежується при аналізі показників ВЩ між іклом і першим премоляром: $877,21 \pm 33,13$ - $930,9 \pm 29,44$ в I та III групах відповідно. Дані показники в середньому на 50% більше, ніж щільність кістки в зоні С2.

Найбільша подібність за денситометричними показниками щільності кістки встановлено між С2 і ділянкою біфуркації перших молярів. Максимальні показники щільності встановлені у II групі $644,67 \pm 45,53$ і достовірно перевищують показники в I групі - $476 \pm 63,51$. На нашу думку, зниження показників щільності кістки в ділянці біфуркації коренів перших молярів ВЩ у пацієнтів III групи - $531,47 \pm 36,82$ може бути пов'язано з наростаючими віковими пародонтологічними проблемами.

Оптична щільність в області бугра ВЩ достовірно нижче від щільності С2 у всіх вікових групах. З віком щільність кістки бугра верхньої щелепи наростає від $174,21 \pm 38,94$ в I групі до $338,87 \pm 26,91$ в III групі. Отримані дані підтверджують, що бугор ВЩ є найбільш довгий час зоною росту верхньої щелепи.

Висновки. Денситометрія кісткової тканини із застосуванням цифрової КТ є інформативним методом дослідження і може застосовуватися для діагностики стану кісткової тканини щелеп. Встановлена тенденція до збільшення мінеральної щільності кісткової тканини з віком.

Постійним і стабільним показником мінеральної щільності у всіх вікових групах є значення С2. Такі дані дозволяють використовувати його показники для порівняльної характеристики змін мінеральної щільності в області альвеолярних відростків щелепних кісток в динаміці ортодонтичного лікування.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОТРЕБОЮ У ЛІКУВАННІ ЗУБІВ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ВОДОРІЗ Я.Ю.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Значним суб'єктивним показником якості проведеного лікування є те, як змінюється якість його життя після лікування [1-3]. На цьому показникові базуються кількісні показники визначення зміни якості життя і ефективності стоматологічного лікування [4],[5].

В стоматології якість життя вираховується за допомогою спеціально затверджених анкет. Міжнародним і найбільш популярним вважається опитувальник ОНІР-49, що складається із 49 питань, розділених на секції.

Метою даної роботи є встановлення змін якості життя пацієнтів, які потребують естетичного та/або функціонального відновлення зубів фронтальної групи та з'ясувати які з аспектів якості життя піддаються найбільшому впливові.

До опитування долучалися повнолітні 18-24 років та молоді пацієнти віком 25-44 років, жіночої та чоловічої статі з потребою у відновленні функції та/або естетики зубів фронтальної групи. Для визначення зміни якості життя застосовувалась анкета ОНІР-49. Дана анкета

складалась із 49 запитань, розділених на 6 блоків («функціональні обмеження», «фізичний біль», «психологічний дискомфорт», «психологічна дезадаптація», «соціальна дезадаптація», «інвалідизація»). Загалом опрацьовано 98 анкет.

Дані опитування виявили, що середня значення загальної суми набраних балів у дослідній групі становить $63,07 \pm 6,79$. Середній результат серед чоловіків був дещо меншим ніж у жінок ($51,21 \pm 5,98$ проти $78,10 \pm 12,63$); $P=0,048$. У контрольній групі середнє значення результатів тесту складає $38,14 \pm 5,32$. Середній результат серед чоловіків $31,31 \pm 4,87$, а серед жінок $45,42 \pm 9,54$, при цьому різниця не є статистичною ($P=0,190$). Різниця у результатах тесту ОНІР-49 між контрольною і дослідною групами також є значущою ($P=0,006$). Різниця у результатах тесту між чоловіками і жінками обох груп також є значущою ($0,032$ згідно ANOVA).

Таким чином, можна зробити висновок, як спираючись на данні, отримані після опрацювання анкет учасників дослідження, так і на дані літературних джерел, що якість життя людей, які потребують відновлення естетичних і функціональних показників зубів фронтальної групи суттєво знижується у порівнянні із рівнем якості життя людей, які такої потреби не мають. Зниження якості життя в більшій мірі пояснюється більш психологічними ніж фізичними порушеннями, пов'язаними із недосконалістю посмішки та незадовільним станом здоров'я зубів фронтальної групи. Цей факт також підтверджується статистично.

Список використаних джерел

1. The WHOQOL group. What quality of life? World Health Forum. 1996;354–6.
2. Slade G.D., The Oral Health Impact Profile. Community Dent Health. 1997;11:3–5.
3. Deepan Kumar C, Mohamed S, Janakiram C, Joseph J. Validation of dental impact on daily living questionnaire among tribal population of India. Contemp Clin Dent. 2015;6(6):235.
4. Vodoriz YY, Marchenko IY, Shyndryk MA, Tkachenko IM. Review of treatment methods of patients with uncomplicated teeth fractures. Wiad Lek. 2018;71(7):1360–4.
5. Tkachenko IM, Kovalenko VV, Skrypnikov PM, Vodoriz YY. Reasoning of adhesive system choice for treatment of patients with increased tooth wear. Wiad Lek. 2018;71(6):1129–34.

СІАЛОСОНОГРАФІЯ ЯК МЕТОД ВИБОРУ В ДІАГНОСТИЦІ КАЛЬКУЛЬОЗНОГО СІАЛАДЕНІТУ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

**ГАВРИЛЬСВ В.М., ІВАНИЦЬКА О.С., СОКОЛОВА Н.А.,
БОЙКО І.В., ПАЛАМАРЧУК Л.А.**

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

У структурі патології слинних залоз калькульозний сіаладеніт є найбільш поширеним захворюванням. За різними даними, він становить 20-80%. В літературі приділяється досить багато уваги даному питанню, однак кількість діагностичних, а отже, і лікувально-тактичних помилок залишається високим. Помилки в діагностиці допускаються головним чином через те, що клінічні прояви даного захворювання варіабельні. Має значення і те, що хворі звертаються за допомогою не тільки до лікарів-стоматологів, а й до лікарів інших спеціальностей, які мають різний діапазоном знань з області хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії. Найчастіше ставляться діагнози лімфаденіт, абсцеси щелепно-язикового жолобка або під'язикової області, флегмона піднижньощелепної області.

Окрім загальновідомих основних патогномонічних симптомів в даний час основним методом діагностики калькульозного сіаладеніту є рентгенологічне дослідження. При локалізації каменю в передньому відділі протоки показана рентгенографія дна порожнини