

становила $66,7 \pm 8,6\%$, порівняльної групи – $67,5 \pm 8,5\%$. При порівнянні кривих загальної та безрецидивної виживаності між групами статистично значимих відмінностей не встановлено ($p=0,93$ та $p=0,83$, відповідно).

Висновок: Застосування ВПКП для заміщення половинних дефектів язика збільшує тривалість оперативного втручання, проте достовірно покращує функціональний результат та якість життя хворих у порівнянні із застосуванням СК. Достовірних відмінностей 5-річної загальної та безрецидивної виживаності між групами не встановлено, що свідчить про онкологічну безпечність застосування СК для заміщення половинних дефектів язика.

Список використаних джерел

1. D'Cruz AK, Vaish R, Dhar H. Oral cancer: Current status. Oral Oncol. 2018 Dec; 87: 64-9. doi: 10.1016/j.oraloncology.2018.10.013.
2. Lam L, Samman N. Speech and swallowing following tongue cancer surgery and free flap reconstruction – A systematic review. Oral Oncol 2013; 49 (6): 507–24.
3. Bokhari WA, Wang SJ. Tongue reconstruction: recent advances. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2007;15: 202–7.

ОПТИЧНА ЩІЛЬНІСТЬ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ

ВИЖЕНКО Є.Є., КУРОЄДОВА В.Д., СТАСЮК О.А., МАКАРОВА О.М.

*Українська медична стоматологічна академія,
Навчально-науковий інститут післядипломної освіти,
м. Полтава, Україна*

У зв'язку з тотальним збільшенням остеопенічних захворювань і захворювань тканин пародонту комп'ютерна томографія (КТ) набуває особливої актуальності для дослідження щільності кісткової тканини.

Мета дослідження - провести порівняльний аналіз значень оптичної щільності кісткової тканини верхньої щелепи (ВЩ) і оптичної щільності другого шийного хребця (С2) у пацієнтів із зубощелепними аномаліями (ЗЩА).

Матеріали і методи: Для вирішення поставленої мети було вивчено 37 КТ ортодонтичних пацієнтів, які були розподілені на три вікові групи згідно періодам формування зубощелепної системи. В I групу увійшли 7 осіб у віці 6 - 12 років - період змінного прикусу, II групу склали 15 осіб віком від 13 до 20 років, що характеризує завершення періоду формування постійного прикусу. У III групу віднесені 15 пацієнтів віком 21-40 років, що відповідає періоду активного функціонування зубощелепної системи.

Щільність кісткової тканини вимірювали в програмі Ez3D2009 за допомогою інструменту «Profile - вимір щільності кістки між двома точками» в одиницях Хаунсфілда (HU). Вимірювання щільності кістки С2 проводили в сагітальній проекції по середині висоти хребця. На ВЩ вимірювання проводили на аксіальних зрізах в вестибуло-оральному напрямку в області альвеолярного відростка між центральними різцями, між іклом і першим премоляром на рівні середини коренів, в області перших молярів нижче рівня біфуркації і в області бугра ВЩ.

Результати дослідження. За результатами наших досліджень щільність С2 з віком має тенденцію до збільшення мінералізації. Так, порівняння середніх показників С2 в групах

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