

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Полтавський державний медичний університет**  
**Асоціація стоматологів України**  
**Українська асоціація черепно-щелепно-лицевих хірургів**  
**Всеукраїнська асоціація щелепно-лицевої хірургії**  
**Українська асоціація стоматологічної освіти**

**ПРОГРАМА ТА МАТЕРІАЛИ**  
**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**  
**З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**  
**«ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ СТОМАТОЛОГІЇ ТА**  
**ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ»**

**ПОЛТАВА**  
**30 листопада 2023 року**

# МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ

## ЗМІСТ

**1. АНАЛІЗ ПОРУШЕНЬ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ОСТЕОПЕНІЄЮ.**

ПЮРИК В.П., ПАНТУС А.В., ДЕРКАЧ Л.З., ПАЛІЙ Ю.В.....5-7

**2. АНАТОМІЯ ЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕРХНІ ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ФІСУРНОГО КАРІЄСУ.**

КАСЬКОВА Л.Ф., САДОВСЬКІ М.О., НОВІКОВА С.Ч., АМОСОВА Л.І., УЛАСЕВИЧ Л.П., ПАВЛЕНКОВА О.С., ХМІЛЬ О.В., ВАЩЕНКО І.Ю.....7-9

**3. ВИКОРИСТАННЯ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ЗАМІЩЕННІ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА.**

ХАТТУ В.В., АВЕТИКОВ Д.С., ТИТАРЕНКО В.І., КІВА Т.В.....9-10

**4. ВПЛИВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО І СОМАТИЧНОГО СТАТУСУ НА АКТИВНІСТЬ ЛІЗОЦИМУ РОТОВОЇ РІДИНИ.**

МОШЕЛЬ Т.М., ГАНЧО О.В., БОЙЧЕНКО О.М., КРУТІКОВА А.Д.....11-12

**5. ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА УСКЛАДНЕННЯ ОДОНТОГЕННИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ.**

ЛОКЕС К.П., ФАУСТОВА М.О., МОКАН О.І., АВЕТИКОВ Д.С.....12-13

**6. ДО ПИТАННЯ ПАТОГЕНЕЗУ ОДНІЄЇ З ФОРМ БОЛЬОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ.**

ЯЦЕНКО П.І., ЯЦЕНКО І.В., РОЗКОЛУПА О.О.....13-15



альвеолярної частини, губчастої речовини підборіддя та тіла нижньої щелепи обумовлений характерними для патології пародонта змінами кісткової тканини в поєднанні із порушенням загально-соматичного статусу, а саме наявності остеопенічного процесу як додаткового погіршуючого фактора, що призвів до втрати кісткової маси в даних ділянках.

## **АНАТОМІЯ ЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕРХНІ ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ФІСУРНОГО КАРІЄСУ**

КАСЬКОВА Л.Ф., САДОВСЬКІ М.О., НОВІКОВА С.Ч., АМОСОВА Л.І.,  
УЛАСЕВИЧ Л.П., ПАВЛЕНКОВА О.С., ХМІЛЬ О.В., ВАЩЕНКО І.Ю.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

[m.sadovski@pdmu.edu.ua](mailto:m.sadovski@pdmu.edu.ua)

Показники ураженості карієсом тимчасових зубів у дітей раннього віку залишаються на достатньо високому рівні. Існує значна кількість чинників виникнення карієсу, яким приділяється увага дослідників, пропонуються шляхи їх усунення але питання залишається актуальним та потребує подальшого вивчення. Одним із місцевих факторів є стан жувальної поверхні молярів з особливостями їх одонтогліфічного малюнку, складність якого обумовлює створення ретенційних пунктів для накопичення залишків їжі, назубних нашарувань, що спонукає до необхідності детального вивчення цього питання у дітей з тимчасовими зубами.

Зважаючи на високий відсоток ураження жувальної поверхні молярів, необхідним є дослідження одонтогліфічного малюнка, як фактору ризику виникнення карієсу.

Всього було досліджено 2484 тимчасових моляри: 622 перших молярів верхньої щелепи, 634 других молярів верхньої щелепи, 608 перших молярів нижньої щелепи та 620 других молярів нижньої щелепи. Вважалося, що не



можливо встановити тип жувальної поверхні в випадку, якщо жувальна поверхня обох молярів була зруйнована або запломбована.

При дослідженні одонтогліфіки жувальної поверхні першого тимчасового моляра нижньої щелепи виявлені 4-х та 5-ти горбкові будови коронки. 4-х горбкова будова та «Н»-подібний малюнок фісур жувальної поверхні визначалися в 44%, а 5-ти горбкова з «Ж»-подібним малюнком у 56% досліджених перших тимчасових молярів нижньої щелепи (2 типи будови). Другі тимчасові моляри нижньої щелепи мали 5-ти та 6-ти бугоркову будову та «У» малюнок фісур жувальної поверхні (3 типи будови жувальної поверхні: I тип - 1%; II тип - 46,1%; III тип - 52,9%). Перший тимчасовий моляр верхньої щелепи має високу варіабельність рисунку оклюзійної поверхні, що дало можливість виділити 4 типи її будови (I тип – 29,3%; II тип – 20,2%; III тип – 14,5%; IV тип – 36%). Другий тимчасовий моляр верхньої щелепи зустрічався з 4 та 5 горбами. У всіх зубах визначено «У»-подібний малюнок фісур жувальної поверхні. Виділені 2 типи будови жувальної поверхні (I тип – 43,2%; II тип – 56,8%).

Найбільш часто серед уражених каріозним процесом були перші тимчасові моляри нижньої щелепи з II типом жувальної поверхні (19,7%), другі тимчасові моляри верхньої щелепи з II типом (15%), другі тимчасові моляри нижньої щелепи з III типом – 14%, перші тимчасові моляри нижньої щелепи з I типом (12%), перші моляри верхньої щелепи з IV типом уражались в 11,4% випадків, з I типом – 10,2%, що обумовлює необхідність проведення герметизації фісур у них. Зуби з іншими типами жувальної поверхні уражались карієсом значно менше: в межах від 0% до 6,3% випадків. Частота ураження карієсом тимчасових молярів збільшується в зубах з більш складним малюнком оклюзійної поверхні.

Результати проведених досліджень обумовлюють необхідність використання різних методів профілактики карієсу з урахуванням груп тимчасових зубів. Для профілактики фісурного карієсу в тимчасових молярах ефективним є застосування методу герметизації, для фронтальної групи зубів -



глибоке фторування. Раціональним є поєднання різних способів профілактики, направлених на підвищення резистентності твердих тканин тимчасових зубів. Показник редукції карієсу в групі, де проводили герметизацію становив 65,1% в порівнянні з контрольною, де герметизація не проводилась.

## **ВИКОРИСТАННЯ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ЗАМІЩЕННІ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА**

ХАТТУ В.В., АВЕТІКОВ Д.С., ТИТАРЕНКО В.І., КІВА Т.В.

Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна

[v.khattu@pdmu.edu.ua](mailto:v.khattu@pdmu.edu.ua)

Незважаючи на те, що екстракція зуба є найпоширенішим втручанням в амбулаторній практиці хірургічної стоматології, до цього часу питання профілактики постекстракційних ускладнень та пошуку шляхів збереження адекватного обсягу кісткової тканини альвеолярного відростка не втрачає своєї актуальності. Крім того, проблема атрофії щелеп, що виникає після втрати зуба, стає дедалі актуальнішою у зв'язку із широким запровадженням в клінічну практику дентальних імплантатів. На сьогоднішній день імплантація стала «золотим» стандартом реабілітації пацієнтів з адентією, успішність якої залежить від оптимального обсягу кісткової тканини альвеолярного відростка. Тому пошук ефективних остеорегенеруючих препаратів для усунення дефектів щелеп є надзвичайно важливим на сучасному етапі розвитку хірургічної стоматології.

Метою нашого дослідження є аналіз та узагальнення фахових публікацій, присвячених методикам оптимізації процесів репаративного остеогенезу після операції видалення зуба.

