

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

## ПРОГРАМА ТА МАТЕРІАЛИ

Всеукраїнської науково-практичної  
конференції з міжнародною участю

«ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ  
СТОМАТОЛОГІЇ ТА  
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ  
В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ»

(онлайн формат)

Україна, Полтава  
30 листопада 2023 рік



**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**

## ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

### ГОЛОВА:

*Вячеслав Ждан* – ректор закладу вищої освіти Полтавського державного медичного університету, Лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, Заслужений лікар України, д.мед.н., професор.

### ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВИ:

*Валентин Дворник* – перший проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи;

*Ігор Кайдашев* – проректор закладу вищої освіти з наукової роботи;

*Давид Аветіков* – проректор закладу вищої освіти з навчальної роботи;

*Ігор Скрипник* – проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти;

*Катерина Локес* – завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Петро Скрипников* – головний лікар КУ «Полтавський обласний центр стоматології – стоматологічна клінічна поліклініка»;

*Олена Іваницька* – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Ігор Яценко* – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.



## **ЧЛЕНИ ОРГКОМІТЕТУ:**

*Людмила Волошина* – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Маргарита Скікевич* – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Станіслав Ставицький* – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Дмитро Стебловський* – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Олександр Розколуна* – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Ольга Буханченко* – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Ігор Бойко* – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Віктор Гаврильєв* – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Віталій Личман* – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Олександр Торопов* – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

*Павло Яценко* – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.



- 7. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ КЛИНОПОДІБНИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБІВ З ПРОЯВАМИ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ.**  
БРАЇЛКО Н.М., ВОДОРІЗ Я.Ю., НАЗАРЕНКО З.Ю., МАРЧЕНКО І.Я., ТКАЧЕНКО І.М.....15-17
- 8. ЗУПИНКА ІНТРА ТА ПОСТОПЕРАЦІЙНОЇ КРОВОТЕЧІ ПРИ ОПЕРАЦІЇ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ ЗУБА З ВИКОРИСТАННЯМ ТРАНЕКСАМОВОЇ КИСЛОТИ.**  
ПАНЬКЕВИЧ А.І., КОЛІСНИК І.А., ГОГОЛЬ А.М., НОВІКОВ В.М., РЕЗВІНА К.Ю., КОРОСТАШОВА М.А.....17-19
- 9. ІНДИВІДУАЛЬНА ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ.**  
КАСЬКОВА Л.Ф., НОВІКОВА С.Ч., УЛАСЕВИЧ Л.П., АМОСОВА Л.І., САДОВСЬКІ М.О., ЯНКО Н.В., МАРХОЦЬКА Ю.В.....19-21
- 10. ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕП ЗА ДОПОМОГОЮ СУЧАСНИХ ОСТЕОПЛАСТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.**  
ПАЛІС С.Ю.....21-26
- 11. НЕЙРОГЕННІ ТА ГОРМОНАЛЬНІ ПРОЯВИ З БОКУ СЛИННИХ ЗАЛОЗ.**  
ГАВРИЛЬЄВ В.М., БОЙКО І.В., ЯРОШ Д.П.....26-28
- 12. ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МАЗІ «INFLARAX» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АЛЬВЕОЛІТУ.**  
ДМИТРИЄВА А.А. ПОБЕРЕЖНИК Г.А. БОБРОВСЬКА Н.П..... 28-30
- 13. ОБГРУНТУВАННЯ ПОКАЗАНЬ ДО ЛІКУВАННЯ ПЕРІОДОНТИТУ ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ ЗА ДАНИМИ ЛОКАЛЬНОГО РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.**  
КАСЬКОВА Л.Ф., АНДРІЯНОВА О.Ю., ЯЦЕНКО П.І., АРТЕМ'ЄВ А.В., МОРГУН Н.А..... 31-32



1. Osteoplastичний матеріал «Botiss CeraBone», який використовується для заповнення кісткових дефектів щелепних кісток, сприяє більш швидкому формуванню повноцінної кісткової тканини в ділянці дефекту.

2. Використання остеопластичного матеріалу «Botiss CeraBone» для заповнення післяопераційних дефектів щелепних кісток сприяє більш легкому протіканню післяопераційного періоду.

## **НЕЙРОГЕННІ ТА ГОРМОНАЛЬНІ ПРОЯВИ З БОКУ СЛИННИХ ЗАЛОЗ**

ГАВРИЛЬЄВ В.М., БОЙКО І.В., ЯРОШ Д.П.

Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна

[beekeeper.viktor@gmail.com](mailto:beekeeper.viktor@gmail.com)

Останнім часом число хворих запально-дистрофічними захворюваннями слинних залоз зростає, що, ймовірно, пов'язано з погіршенням навколишнього середовища (екологічний компонент), порушенням якісного і кількісного компонентів харчування, зростанням захворювань ендокринної системи (цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози та ін.). Експериментально доведено, що сіаладеноз вже на ранніх стадіях розвитку може ускладнюватися явищами сіаладеніту, прогресувати, періодично зменшуючи свої прояви, надаючи захворюванню дистрофічного характеру.

Особливу роль слід відвести сіаладенозам гормонального та нейрогенного характеру. До цієї групи відносяться двосторонні незапальні збільшення привушних залоз, що супроводжують розлади обміну вуглеводів.

Метою роботи є спроба поділитися досвідом спостережень, що не рідко зустрічаються в клінічній практиці, але самі хворі не завжди правильно обстежуються та лікуються.



У клінічній практиці сіаладеноз часто не діагностується своєчасно у зв'язку з повільним і поступовим наростанням клінічної симптоматики, а також відсутністю болю, що приводить до пізнього звернення пацієнтів до фахівців.

Ознака Харвата (*Charvat, 1932*), тобто збільшення привушних залоз, спостерігалось нами у 5 хворих цукровим діабетом. Таке збільшення привушних залоз слід вважати їх компенсаторною гіпертрофією при дисфункції острівців Лангерганса.

Подібне збільшення слинних залоз може спостерігатися при розладах регуляції статевих гормонів у жінок, при розладах щитоподібної залози, гіпофіза, надниркових залоз. Отже, багато випадків збільшення слинної залози можна пояснити простими вторинними запальними змінами, що виникають при недостатньому слиновиділенні, яке спостерігається як при цукровому сечовиснаженні, так і при інших вищезгаданих гормональних розладах.

Синдром *AOP* — *adipositas, oligomenorrhoe, parotideomegalia* — пояснюється розладом діяльності центрів гіпоталамічної ділянки. У 8 немолодих жінок, які були до того часу цілком здоровими, розвинулося ожиріння і безболісне збільшення привушних залоз. Були дещо збільшені і підщелепні залози. Хворі скаржилися на неприємне відчуття розпирання в слинних залозах. Сіалографічна картина не відрізнялася від норми. Окрім олігоменорреї та інших розладів менструального циклу у 3 жінок на передній план виступали психічні розлади. З літератури відомі випадки, при яких було доведено вплив спадкових чинників на розвиток даного стану.

Синдром *SSS* (*salivo-sudoripare syndrom*) спостерігався нами у 3 хворих жінок і характеризувався сильною пітливістю і почервонінням шкіри в привушно-жувальній області, іноді супроводжувався періодичним болем. Синдром з'являвся у вигляді нападів з односторонніми симптомами під час їжі або після теплового подразнення. Спостерігалася поява симптоматики у



відповідь на смакові імпульси, що супроводжувалася надмірною сльозоточивістю.

Проблема лікування хворих сіаладенозами і хронічними сіаладенітами на фоні гормональних та нейрогенних факторів до теперішнього часу залишається актуальною у зв'язку з відсутністю об'єктивних критеріїв для призначення того або іншого виду вже розробленої терапії. Це приводить до емпіричного призначення схем лікування з метою апробації методу у даного пацієнта.

Таким чином хворі з захворюваннями слинних залоз, що викликані гормональними та нейрогенними змінами повинні обстежуватися та лікуватися в першу чергу лікарями відповідної спеціальності (ендокринолог, невропатолог), а обстеження та корекцію патологічних змін з боку слинних залоз повинен здійснювати хірург-стоматолог, щелепно-лицевий хірург.

## **ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МАЗІ «INFLARAX» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АЛЬВЕОЛІТУ**

**ДМИТРИЄВА А.А. ПОБЕРЕЖНИК Г.А. БОБРОВСЬКА Н.П.\***

Харківський національний медичний університет,

Харківський національний університет імені В.М. Каразіна\*,

м.Харків, Україна

Актуальність. Найчастішим ускладненням після операції видалення зуба є альвеоліт. Альвеоліт – запалення лунки, яке розвивається на 3-4 добу після видалення зуба. Частота альвеоліту за даними різних авторів коливається від 0,35% до 32,2%. В. Д. Ахмеров вказує різний відсоток альвеоліту залежно від складності видалення зуба. Так, при звичайному видаленні альвеоліт становить 2,55%, при атиповому видаленні премолярів і молярів – 9,84%, при атиповому видаленні нижнього зуба «мудрості» – 31,03% від загальної кількості ускладнень операції видалення зуба.

