

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

логією в ортопедичних відділеннях можна виявити перші ознаки рецидиву пухлинного процесу за характерними скаргами хворих на погіршення фіксації протеза, появу болювих відчуттів під базисом, наявність ділянок механічного ушкодження слизової оболонки порожнини рота, спричинених краєм протеза через погіршення його фіксації. Після проведеної корекції щелепно-

лицевого апарата необхідна консультація лікаря стоматолога-хірурга з дотриманням правил деонтології.

Багаторічний досвід вивчення віддалених результатів протезування після резекції щелеп підтверджує, що перебазування щелепно-лицевих протезів необхідно проводити через 1,5-2 роки лабораторним методом, уникаючи застосування швидкот-

вердіючих пластмас. Заміну щелепно-лицевих протезів проводять через 3-4 роки, а лицевих – через 4-5 років. Дуже важливо при виготовленні нових протезів зберігати їхні попередні розміри і форму.

Слід підкреслити, що диспансеризація щелепно-лицевих пацієнтів, регулярні контрольні огляди мають велике значення в подальшій медичній та соціальній реабілітації.

Скрипников П.М., Скрипникова Т.П., Марченко А.В., Хміль Т.А., Коломієць С.В., Дубина В.О.

ОН-ЛАЙН МАЙСТЕР-КЛАС ЯК СУЧАСНА ФОРМА ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Майстер-клас – одна з форм ефективного професійного навчання лікарів-стоматологів на післядипломному етапі.

Мета майстер-класу – створення умов для повноцінного розвитку майстерності його учасників на основі організації середовища для професійного спілкування з обміну досвідом роботи.

Загальні положення про майстер-клас:

- майстер-клас – одна з форм професійного навчання;

- майстер-клас становить собою професійні об'єднання лікарів;

- у майстер-класі об'єднуються лікарі, які бажають засвоїти матеріали, методики, технології;

- у майстер-класі об'єднуються лікарі, які бажають отримати повну інформацію про позитивний досвід лікаря-майстра.

Завдання майстер-класу зі стоматології:

- узагальнення досвіду роботи лікаря-майстра з певної теми;

- передача лікарем-майстром свого досвіду шляхом

прямого і коментованого показу послідовності дій, методів, прийомів і форм лікарської діяльності;

- спільне відпрацювання підходів лікаря-майстра і прийомів розв'язання поставленої в програмі майстер-класу проблеми;

- надання допомоги учасникам майстер-класу у визначенні завдань саморозвитку, формуванні індивідуальної програми самоосвіти і самовдосконалення.

Згідно із сучасною тенденцією міжнародної інтеграції новітніх технологій у навчальний процес МОЗ України пропонує залучати до навчального процесу новітні технології та здобутки світової медицини. На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів укладений договір про співпрацю між стома-тологічним центром «ARDS system Implants» (Ізраїль) та ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

У вересні та грудні 2011 р. під час проведення навчальних семінарів «ARDS імплантати в практиці лікаря-стоматолога» кафедра організувала он-лайн

трансляції на аудиторію майстер-класу генерального директора «ARDS system Implants» (Ізраїль) Арні Урі «Ендоосальна дентальна імплантація».

План проведення майстер-класу:

1. Вибір клінічного випадку, до якого були складені вимоги: симетричні включені часткові дефекти, розташовані в достатньо оглядових ділянках, пов'язаних із моментами ризику або іншими складними ситуаціями.

2. Налагодження взаєморозуміння в міжнародній операційній команді (хірург-асистент-пацієнт) та аудиторією слухачів. Мова спілкування – англійська, перекладач доводив до аудиторії коментарі в операційній.

3. Проведення дентальної імплантації з роз'ясненням кожного етапу втручання та демонстрація операції на аудиторію. Хірург роз'яснював проведення кожного етапу ендоосальної імплантації, демонстрував переваги системи ARDS, провів заміщення дефекту після видалення зуба. Для демонстрації

оперативного втручання використовували сучасні телекомунікаційні технології та мережу Інтернет.

4. Післяопераційна конференція із запитаннями та відповідями.

Надалі реабілітація пацієнтів проходила під

наглядом операційного асистента, співробітника кафедри після-дипломної освіти лікарів-стоматологів у Полтаві та з онлайн контролем хірурга в Тель-Авіві.

Отриманий досвід дає можливість покращити методику викладання та допоможе

використовувати надбання світової стоматології для практичної підготовки на післядипломному етапі навчання лікарів-стоматологів, розширює межі отримання наукової інформації та підвищує якість освіти.

Смаглюк В.І.

АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПАРАМЕТРИ РОЗМІРІВ ЗУБІВ ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ ФАКТОР У ВИРІШЕННІ ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АДЕНТІЄЮ БОКОВИХ РІЗЦІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”

У сучасних умовах зростаючих вимог пацієнтів до якості свого стоматологічного статусу актуальним і своєчасним у практичній стоматології стає комплексний (міждисциплінарний) підхід фахівців різних стоматологічних напрямів до вибору ефективніших засобів відновлення повноцінної естетики і функції жувального апарату. Сучасні технології і матеріали суттєво змінили стратегічні погляди фахівців на значення таких вузьких напрямів стоматологічної науки і практики в досягненні прогнозованого завершального результату реабілітації пацієнтів як імплантологія, ортодонтія, паро-донтотія, художня реставрація. Натомість і нині досконалість проведеної діагностикої займає найважливіше місце в прогнозі результатів лікування. Одним із факторів, що впливають на тактику лікування пацієнтів із адентією зуба(ів) фронтальної ділянки, є співвідношення розмірів зубів верхньої і нижньої щелеп. Водночас у літературних джерелах ми не знайшли відповіді на запитання, чи відбуваються зміни в розмірах інших зубів верхньої і нижньої

щелеп при адентії бокових різців верхньої щелепи.

Мета нашого дослідження - підвищення ефективності реабілітації пацієнтів із адентією шляхом визначення індивідуальних пропорцій мезіодистальних розмірів зубів усіх груп.

Для проведення дослідження нами були відібрані 28 пацієнтів із дефектами зубного ряду фронтальної ділянки верхньої щелепи, пов'язані з уродженою адентією бокового(их) різців або втратою центрального чи бокового різця внаслідок травми. Середній вік пацієнтів склав $25,7 \pm 3,2$ роки. Усі пацієнти були розподілені на дві групи: I - пацієнти з уродженою адентією бокового(их) різця(ів) верхньої щелепи (19 пацієнтів); II - набута відсутність різця(ів) (9 пацієнтів). У всіх пацієнтів були отримані відбитки щелеп і проведено вимірювання мезіодистальних розмірів зубів за контрольно-діагностичними моделями за методикою Bolton (1962). Отримані дані порівнювали з параметрами норми за Ballard (1983).

На підставі проведеного порівняльного аналізу вимірювання мезіодистальних розмірів зубів у двох групах

досліджуваних можна дійти висновку, що в пацієнтів із уродженою адентією бокових різців ми визначили порушення пропорційного співвідношення мезіодистальних розмірів зубів за Bolton. Це стосується показника «overall ratio», а саме зменшення загальної суми мезіодистальних розмірів зубів верхньої щелепи в середньому на 2,8 мм ($p \leq 0,05$). Щодо II групи досліджуваних, то мезіодистальні параметри зубів як верхньої, так і нижньої щелеп цих пацієнтів статистично не відрізнялися від показників норми за Ballard (1983).

Отже, загальна сума мезіодистальних розмірів зубів усіх груп у пацієнтів з уродженою адентією(ями) бокових різців зменшена в порівнянні з такими показниками контрольної групи, що свідчить про комплексне порушення формування зубощелепної системи, а не лише відсутність закладки одного чи кількох зубів. Цей факт необхідно враховувати при наданні стоматологічної допомоги пацієнтам із уродженою адентією зубів (латеральних різців) верхньої щелепи.