

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

прооперованих пацієнтів; морфометричні – для аналізу прижиттєвого складу формених компонентів кісткової тканини; денситометричні дослідження – для виявлення ефективності застосування остеопластичних матеріалів у поєднанні зі збагаченою тромбоцитами плазмою (ЗТП) та ММСК–ЖТ у прооперованих пацієнтів; імунологічні; клінічні – для оцінки післяопераційного статусу пацієнтів на усіх етапах дослідження; статистичні – для з'ясування ступеня вірогідності отриманих даних.

Результати дослідження. Встановлено, що застосування композиції на основі мультипотентних мезенхімальних стромальних клітин жирової тканини, збагаченої тромбоцитами плазми крові та остеопластичного матеріалу для відновлення об'єму кісткової тканини щелеп при проведенні операцій синус–ліфтингу, видалення зуба чи ретинованого третього моляру, остеосинтезу нижньої щелепи при її переломах, супроводжувалося виявленням найменших бальних оцінок основних клінічних симптомів: інтенсивність больового синдрому складала $0,71 \pm 0,13$ бали; колатерального набряку – $0,57 \pm 0,11$ бали; гіперемії – $0,37 \pm 0,06$ бали. При цьому, під час відновлення кісткової тканини альвеолярного відростку з використанням «Колапан–Л», інтенсивність больового синдрому та колатерального набряку була у 1,7 раза та гіперемії у 1,6 раза вищою, ніж у пацієнтів, в котрих використовувалась запропонований нами комплекс, ($p < 0,01$). Водночас, у пацієнтів, в котрих відновлення післяопераційних ран відбувалось спонтанно, інтенсивність больового синдрому була у 3,7 раза та 2,2 раза, колатерального набряку у 3,1 та 1,8 раза, гіперемії у 3,5 і 1,9 раза вищою, ніж у пацієнтів, у яких загоєння кісткових дефектів відбувалося за допомогою запропонованої нами композиції та при застосуванні препарату «Колапан–Л», ($p, p_1 < 0,01$). За даними рентгенологічних та КТ досліджень виявлено, що через 6–8 місяців після застосування тканинного еквіваленту кісткової тканини – мультипотентних мезенхімальних стромальних клітин жирової тканини у комбінації зі збагаченою тромбоцитами плазмою крові та остеопластичного матеріалу «Колапан–Л», ділянки дефектів заповнювались новоутвореною кістковою тканиною, яка за результатами гістологічних досліджень та фазово–контрасної мікроскопії була ідентична нативній кістці, мала будову губчастої кістки з остеобластичними елементами, котрі утворювали ланцюг навколо остеїдної тканини. Встановлено, що у пацієнтів підгруп Б усіх груп дослідження, де заповнення кісткових дефектів було проведено за допомогою комбінації остеопластичного матеріалу «Колапан–Л» з мультипотентними мезенхімальними стромальними клітинами жирової тканини та збагаченої тромбоцитами плазми, у післяопераційному періоді спостерігалось зменшення проявів клінічних симптомів: больового синдрому, колатерального набряку, гіперемії слизової оболонки ротової порожнини та краще відновлення кісткової тканини в місці проведеного хірургічного лікування, у порівнянні із підгрупами А, де аугментація проводилася препаратом «Колапан–Л», та підгрупами В, де загоєння відбувалось під кров'яним згустком.

Висновки. Використання остеопластичних матеріалів на основі мультипотентних мезенхімальних стромальних клітин жирової тканини під час проведення стоматологічних операцій покращує регенеративні та репараційні властивості кісткової тканини, полегшує перебіг післяопераційного періоду та сприяє скороченню термінів стаціонарного лікування пацієнтів.

Батіг І.В.

ВПЛИВ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ПАРОДОНТ ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно–лицевої хірургії
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. На сьогодні постійно зростає потреба в ортодонтичному лікуванні аномалій положення зубів і прикусу. У практиці ортодонтії використовують різноманітні ортодонтичні апарати. Найбільш широко використовують незнімні конструкції, які дозволяють проводити лікування і дорослих пацієнтів. Проте досить часто стоматологи для

прискорення отримання кінцевого результату лікування інтенсифікують ортодонтичну апаратуру, що досить несприятливо впливає на тканини пародонта.

Аналіз стоматологічної літератури показує, що протягом останніх 30-ти років відмічено зростання розповсюдженості аномалій положення зубів прикусу, які потребують ортодонтичного лікування. На жаль, відмічено подальше зростання цих патологічних станів, яке за даними різних авторів досягає рівня 82,6%. Брекет-системи, що є найбільш популярною незнімною апаратурою, дозволяють корпусно переміщувати зуби в найрізноманітніших напрямках. Поряд з позитивними характеристиками незімної ортодонтичної техніки існують і негативні моменти, що призводить до виникнення або обтяження наявних стоматологічних захворювань.

Мета дослідження. Дані вітчизняної та зарубіжної літератури свідчать про те, що в пацієнтів із зубо-щелепними аномаліями та деформаціями мають місце зміни кількісного та видового складу мікрофлори порожнини рота. У процесі ортодонтичного лікування в порожнині рота змінюється структура мікробіоценозу, що може сприяти підвищенню ризику розвитку карієсогенної та пародонтопатогенної ситуації в порожнині рота. Це призводить до виникнення уражень твердих тканин зубів чи пародонта.

Матеріали і методи дослідження. Мікробіологічними дослідженнями було виявлено, що під впливом ортодонтичного лікування змінюється спектр мікрофлори пародонта. У разі наявності клінічно здорового пародонта відмічається незначна кількість мікрофлори, в основному її сапрофітних штамів. Під впливом ортодонтичного лікування зростає загальна кількість мікрофлори (майже у 20 разів) і змінюється її спектр: кількість сапрофітних штамів зменшується і зростає кількість умовно-патогенних штамів. Це пов'язано з тим, що власне сама ортодонтична апаратура є місцем ретенції мікроорганізмів, зубних бляшок і зубного каменю. Поява нових ретенційних пунктів при використанні незімної ортодонтичної техніки є додатковим джерелом формування зубних бляшок і причиною кількісної та якісної зміни складу мікробіоти порожнини рота. Проте немає повної ясності стосовно змін характеру мікрофлори під впливом ортодонтичного лікування.

Результати дослідження. Вивчення динамічних змін мікробного складу ротової рідини, проведене О.Б. Колобовою (2001), показало, що через 1, 3 та 6 місяців з початку лікування незнімною ортодонтичною технікою в порожнині рота переважають колонії *S. mutans* та *Lactobacillus* spp. І. Gokdal та ін.(2002) виявили гриби роду *Candida* в порожнині рота в пацієнтів, які перебувають на лікуванні брекет-технікою, що підтверджується даними роботи О.Р. Децик (2010). Дослідженнями Д.В. Левкович (2011) мікрофлори порожнини рота при ортодонтичному лікуванні з використанням незімної апаратури також було встановлено, що через 12 тижнів з початку лікування відбувається зміна мікробного складу вмісту ясенної борозни та формування біоплівки на поверхні незімної апаратури.

Висновки. Таким чином, аналіз даних спеціальної літератури та інших джерел інформації переконує в необхідності поєднання зусиль фахівців різного профілю при лікуванні пацієнтів з ортодонтичною патологією. Ураховуючи різноманітність ускладнень, що виникають у процесі тривалого лікування, невстановлених змін мікрофлори в різних біотопах порожнини рота в різні строки ортодонтичного лікування незнімною апаратурою, виникає необхідність глибокого вивчення причин виникнення порушень у тканинах та органах порожнини рота, а також змін мікробного пейзажу на етапах ортодонтичного лікування. Також вимагають уточнення показання, методи та строки проведення профілактичних і лікувальних заходів захворювань пародонта у процесі ортодонтичного лікування.