



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ,
ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**84 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2024»**

23-24 травня 2024 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2024

ОБІЗНАНІСТЬ ШКОЛЯРІВ МОЛОДШИХ КЛАСІВ ЩОДО ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Явна О., Драгун А.

Науковий керівник: к.мед.н, доц. Тимчук І.В.

Кафедра мікробіології

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Мета дослідження. Проаналізувати рівень обізнаності школярів 4-их класів, які навчаються у с. Солонка та с. Зубра Львівського району Львівської області щодо навичок та знань по догляду за ротовою порожниною.

Матеріали та методи. Дослідження проведено за допомогою сервісу Google форм шляхом анонімного анкетування, яке містило 23 запитання. Респондентами виступили учні 4-их класів Зубрянського ліцею (с. Зубра) та Ліцею імені Героя України Миколи Паньківка (с. Солонка).

Результати. Структура розподілу опитаних була наступна: 93% респондентів чистять зуби кожного дня; 67% чистять зуби зранку та ввечері; 58% опитуваних чистять зуби менше 3-ох хвилин; 78% змінюють зубну щітку раз на три місяці; 32% опитуваних користуються додатковими засобами гігієни, а саме зубними йоржиками, флосами, ополіскувачами; 75% школярів знають, що корисніше споживати тверді фрукти; 93% респондентів часто або щодня вживають їжу з високим вмістом цукру; 84% школярів жують жуйки часто або щодня. 91% опитуваних відвідують стоматолога лише тоді, коли болить зуб; не мають страху при візиті до стоматолога 88% опитуваних; 9% опитуваних не відвідують лікаря-ортодонта через високу вартість ортодонтичного лікування; незнання, до якого стоматолога звернутися, є причиною того, що 9% людей не користуються стоматологічними послугами.

При проведенні огляду школярів у лікаря-стоматолога для оцінки стану твердих тканин зубів, тканин пародонта, оцінка гігієнічного стану порожнини рота та виявлення чинників ризику зубощелепних аномалій та деформацій, лише у 8% дітей були виявлені абсолютно здорові зуби, що підтверджує недостатній рівень освіченості дітей у питаннях гігієни ротової порожнини.

Висновки. Отже, згідно з результатами дослідження, більшість школярів-респондентів мають обмежені знання щодо догляду за ротовою порожниною. Це, ймовірно, пов'язано з недостатньою проінформованістю дітей з боку батьків та вчителів. Рекомендовано проводити просвітницьку роботу стосовно гігієни тіла та ротової порожнини, зокрема серед учнів молодших класів задля загального здоров'я нації.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ PRF-ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ЕКСТРАЦІЇ НИЖНІХ МОЛЯРІВ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Зайцев М.В.

Науковий керівник к.мед.наук., доц. Маслова І.М.

Кафедра пропедевтичної та хірургічної стоматології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження: визначити особливості введення та фіксації PRF-клоту після екстрації нижніх молярів у хворих з цукровим діабетом 2 типу

Матеріали та методи дослідження: типову екстракцію нижніх молярів було проведено за показаннями у 20 хворих на цукровий діабет 2 типу, віком від 55 до 70 років (середній вік $65,4 \pm 2,7$ роки). Усім пацієнтам у післяекстракційну лунку було введено PRF-клот, отриманий на базі ННМЦЛ ЗДМФУ, з подальшою фіксацією шляхом ушивання вузловими хірургічними швами з використанням шовного матеріалу, що не резорбується – монофіламент поліамідний (3/0) з атравматичною голкою діаметром 0,6 мм. Обстеження пацієнтів проводилось на 1 та 3 доби після екстракції.

Результати: за даними порівняльного статистичного аналізу параметрів суб'єктивного та клінічного об'єктивного обстеження у 97,1% пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу, яким проводилась екстракція нижніх молярів визначено задовільний стан ділянки видалених зубів на 1 та 3 доби. Було виявлено збереження швів у 98,3% обстежених, відсутність ознак запалення у 99,2 % ($p \leq 0,05$). У 1,7 % спостерігалось незначне розходження швів за відсутності порушення фіксації PRF-клоту.

Висновки: В результаті проведених післяекстракційних заходів встановлено методику проведення PRF – терапії у пацієнтів, хворих на цукровий діабет 2 типу, що можуть бути запропоновані для створення протоколу хірургічного стоматологічного втручання для зазначеної категорії пацієнтів.

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ЩІТКИ I-BRUSH ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРІІМПЛАНТИТІВ

Волчихіна К.П.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Міщенко О.М.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Широке використання зубних імплантатів супроводжується значною поширеністю періімплантатних мукозитів та періімплантиститів (Garaicoa-Pazmino S., 2019). Періімплантистит визначають як "патологічний стан", пов'язаний з періімплантатною біоплівкою, що виникає в тканинах навколо зубних імплантатів і характеризується запаленням слизової оболонки навколо імплантату та подальшою прогресуючою втратою кісткової тканини, що підтримує імплантат (Berglundh T., 2018). Усунення біоплівки з поверхні імплантату є основним завданням лікування періімплантиститу (Renvert S., 2015). Рекомендується комбіноване механічне і хімічне видалення біоплівки (Keeve P., 2019). При використанні механічних методів, шорховата поверхня імплантатів викликає певні труднощі при її деконтамінації.

Мета дослідження. Порівняльне дослідження ефективності лікування періімплантиститу із застосуванням титанової щітки I-Brush та Perio-Flow.

Матеріали та методи. Проведене обстеження, лікування і динамічне спостереження групи з 10 пацієнтів віком від 35 до 60 років. Критерії включення: діагноз періімплантиститу, встановлений на підставі клінічного та рентгенологічного дослідження тканин навколо імплантату: наявність виражених симптомів запалення, втрата кісткової тканини, підтверджена при рентгенологічному дослідженні, принаймні одна ділянка імплантату з патологічним карманом ≥ 6 мм; видима кровотеча навколо імплантату при зондуванні, з індексом кровоточивості (SBI) ≥ 3 балів. Глибину карману визначали як відстань від ясенного краю до дна кишені, виміряну за допомогою зонда з прикладанням сили 0,2 Н. Показник визначали в дистальній, щічній, мезіальній, дистолінгвальній, лінгвальній і мезіолінгвальній ділянках кожного імплантата, і середнє значення показника у цих шести точках приймалося за показник глибини кишені. Індекс кровоточивості (SBI) визначався за допомогою тупого пародонтального зонда для зондування вздовж ясенного краю імплантату з силою близько 0,2 Н. Пацієнти були поділені на дві групи по 5 осіб, в одній з яких для лікування періімплантиститу застосовано механічну деконтамінацію щіткою I-Brush та ФДТ – основна група; в другій- механічну деконтамінацію апаратом Perio-Flow та ФДТ – контрольна група. Пацієнти обох груп були навчені методам гігієни порожнини рота. Механічна деконтамінація в основній групі здійснювалась кутовим наконечником з щіткою на швидкості 1000 об/хв. Деконтамінація у контрольній групі проводилась апаратом Perio-Flow та порошком на основі еритритолу. ФДТ проводилась апаратом Viola потужністю 200 мВт і довжиною хвилі 635 нм, в якості фотосенсибілізатора використовували метиленовий синій за наступною методикою. Спочатку фотосенсибілізатор вводився до дна кишені навколо імплантату. Після повного заповнення