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

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

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2026»

14-15 травня 2026 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2026

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЗДМФУ 381
Печорська М.М, Фенно К.В.

ЛОГОТЕРАПІЯ ВІКТОРА ФРАНКЛА: АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ТА ПАЛІАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ 383
Кривенко А.М.

«ПІСЛЯПИСЕМНЕ СУСПІЛЬСТВО»: КОГНІТИВНА ЕВОЛЮЦІЯ В ХХІ СТОЛІТТІ 384
Настич А. В.

ШТУНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ІНТЕЛЕКТУАЛЬНЕ ДОПОВНЕННЯ: ПЕРСПЕКТИВИ ТА ВИКЛИКИ 385
Купріянова Т.Б.

СТОЇЧНІ ПРАКТИКИ ЯК ЗАСІБ ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ..... 386
Підгорний Я. Ю.

ОНЛАЙН РЕСУРСИ З УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ: ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ..... 387
Гайдукова Д.С.

СТОМАТОЛОГІЯ 388

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ У СТОМАТОЛОГІЇ ...388
Толста В.А.

АНТИОКСИДАТНА МОДУЛЯЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНИЧНОГО ПАРОДОТИТУ 389
PhD, ас. Сальников В.І.

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ АД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ МЕЛАТОНІНОМ: СЕРІЯ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ..... 390
Єнгаличев Т. Р.

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ 391
Масльоха В. О.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКИХ УРАЖЕНЬ ЕМАЛІ У ДІТЕЙ ШЛЯХОМ МОДИФІКОВАНОГО ПРОТОКОЛУ МІКРОАБРАЗІЇ ТА ІНФІЛЬТРАЦІЇ 392
Івашку Л.В.

BIOLOGICAL AND BEHAVIORAL ASPECTS OF PULP PRESERVATION IN YOUNG PERMANENT TEETH WITH INCOMPLETE APEXOGENESIS 393
Loredana Ivashky, Kateryna Halchuk

USE OF PLAQUE INDICATORS AS A METHOD OF HYGIENE CONTROL DURING ORTHODONTIC TREATMENT 393
Semenchenko P.A., Boiko E.R., Fomenko V.V.

«МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ МІКРОФЛОРИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА КАРІЄС» 394
Зейкан М.М.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЇ..... 395
Гуменюк С.В.

INTERLEUKIN PROFILE IN PERI-IMPLANT CREVICULAR FLUID..... 396
Volchykhina K.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ЕЛЕКТРОПРЯДІННЯ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ: У ВІДНОВНІЙ БІОТЕХНОЛОГІЇ, ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ХІРУРГІЇ ТА РАННІЙ ПРОТЕТИЦІ ЗОКРЕМА . 397
Руденко І.В.

АНАТОМО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА БІОМЕХАНІЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА ЯК БАЗИС ПОДАЛЬШОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ФУНДАМЕНТАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ АРТИКУЛЯРНОГО ПАЦІЄНТА В СУБТОТАЛЬНІЙ ОРТО-ХІРУРГІЧНІЙ ПЛОЩИНІ.....398
Копельчук М.С.

3D ВІЗУАЛІЗАЦІЯ В СТОМАТОЛОГІЇ - ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМОК ПЕРЕХОДУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДО ПОВНОГО ЗАКРИТОГО ЦИФРОВОГО ПРОТОКОЛУ 400
Копельчук М.С., Лісняк С.Р.

АНТИОКСИДАТНА МОДУЛЯЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНИЧНОГО ПАРОДОТИТУ

PhD, ас. Сальников В.І.
Кафедра хірургічної та пропедевтичної стоматології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Численні епідеміологічні дослідження показали, що хронічний пародонтит є основною причиною втрати зубів. Світові оцінки поширеності важкого пародонтозу зазвичай коливаються від 10 до 15%. Пародонтально-патогенні організми ініціюють запальну реакцію у прилеглих тканинах і починають атакувати та руйнувати альвеолярну кістку та підтримуючі тканини навколо зубів. Запальна реакція, спровокована патогенами пародонту, призводить до збільшення прозапальних цитокінів - IL-1β, IL-6, TNF-α та матриксних металопротеназ, які ініціюють продукцію активних форм кисню (АФК) та оксидативний стрес. Враховуючи сучасні подання про патогенез пародонтиту і роль у ньому оксидативного стресу, широко застосовуються антиоксидатни з різним механізмом дії-тіотриазолін, а-токоферол, препарати рекомбінантний препарат супероксиддисмутази, препарати прополісу, муміє, рослинні комплекси з біоф. Проте, клінічна ефективність відомих антиоксидатів у лікуванні пародотиту не завжди відповідає сучасним вимогам, що змушує проводити пошук нових ефективних антиоксидатних среслств. Враховуючи знання про етапи формування оксидативного стресу та механізми дії сучасних антиоксидатів, погляд фармакологів і клініцистів спрямований на препарати, що діють як скаведжери АФК, або як модулятори експресії антиоксидатних ферменітів. У зв'язку з цим інтерес представляють похідни селени, які зарекомендували себе як прекрасні антиоксидатни, цитопротектори та інгібітори апоптозу.

Мета: обґрунтувати застосування антиоксидант для оптимізації в комплексній терапії хронічного генералізованого пародонтиту

Матеріали та методи: Дослідження виконувались на потужностях Спеціалізованого стоматологічного центру Університетської клініки Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.. Вибірка представлена 60 пацієнтами з хронічним генералізованим пародонтитом середнього ступеня тяжкості, які були поділені на дві групи – контрольна (п=30) та основна (п=30), а також 30 щодо здорових пацієнтів з інтактним пародонтом. Потужність та довірчий інтервал дослідження були розраховані на рівні 80% та 95% відповідно при 30 пацієнтів у трьох групах. Пацієнтам обох груп призначався стандартний комплексний план терапії, а пацієнтам основної групи додатково до проведеної комплексної терапії призначали антиоксидат Селеназу протягом перших 10 діб (5 разів) вводили за допомогою інтраорального двочелюстного трансгінгівального електрофорезу (50 мкг/добу) , а потім у тій же дозі всередину. У ході виконання цього дослідження проведено індексну оцінку пародонтального статусу та біохімічний та імуноферментний аналіз крові обстежених осіб (маркери запалення (IL-1b , MPP-2, TNF-a) , оксидативного та нітрозативного стресу (нітротирозін) , ішемії (сукцінатдегидрогеназа (СДГ) , лактатдегідрогеназа (ЛДГ) , нітроксидергічної системи (ендотеліадьна та індуцібільна сінтаза млноксиду азоту (eNOS, iNOS), системи глутатіону (глутатіонпероксидаза (ГПР), глутатіоредуктаза (ГР), цитопротекції (белок теплового шока (HSP70), фактор індукований ішемією (HIF-1)). Результати досліджень було опрацьовано за допомогою пакетів комп'ютерних статистичних програм.

Результати дослідження : При лікуванні хворих на хронічний генералізований пародонтит включення в комплексну терапію (професійна гігієна порожнини рота, місцеві протизапальні засоби, солкосерил-дент-адгезивна паста, прополіс, вектор-терапія) додаткове включення антиоксидату селенази (50 мкг/добу), за допомогою протизапальна та репаративна дія – у термін 30 діб після лікування – статистично значуща ($p < 0,05$) позитивна динаміка зменшення значення індексів PMA, кровоточивості (PBI), глибини пародонтальних кишень (PPD), зниження MMP-2, а в термін 90 діб – позитивна динаміка індексів рухливості зубів (Miller) як щодо даних, отриманих до лікування, так і до величин

показників контрольної групи. Додаткове включення антиоксиданту селенази (50 мкг/добу, за допомогою електрофорезу і всередину) надає додатковий антиоксидатний ефект у термін 30 діб - статистично значуще ($p < 0,05$) зниження нітротирозину, підвищення активності ГР та ГПР, додатковий протиішемічний ефект - статистично значуще ($p < 0,05$) зменьшення ЛДГ та підвищення СДГ, а також нормалізації нітроксидергічної системи – статистично значуще ($p<0,05$) зниження iNOS та підвищення eNOS. Додаткове включення до комплексного лікування ХГП Селенази потенціює протизапальну дію терапії – більш виражене зниження IL-1b та TNF-a у крові пацієнтів після 30-добового лікування ($p<0,05$) щодо показників пацієнтів контрольної групи. Включення Селенази призводить до активації механізмів ендогенної цитопроткції після 30-добової комплексної терапії ХГП – підвищення концентрації HSP70 та HIF-1 ($p<0,05$) порівняно з даними пацієнтів контрольної групи.

Висновок: отримані результати демонструють перспективність включення селенази як важливого компонента антиоксидатної складової комплексної терапії ХГП.

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ АД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ МЕЛАТОНІНОМ: СЕРІЯ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ

Єнгаличев Т. Р.
Науковий керівник: к. мед. н., доц. Чертов С. О.
Кафедра хірургічної та пропедевтичної стоматології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження. Дослідити ефективність протоколу консервативного лікування генералізованого пародонтиту, який складається з над- і під'ясенного механічного очищення біоплівки з усіх поверхонь зубів за один візит і ад'ювантного застосування 3 мг мелатоніну 1 раз на день протягом 30 днів.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз трьох клінічних випадків стабілізації генералізованого пародонтиту 3 ст. ступеню С (по класифікації EFP/AAP 2017 р.). Дані включають в себе клінічний огляд і результати пародонтологічної карти до початку лікування і через 3 місяці після початку курсу лікування.

Отримані результати. Усі пацієнти були направлені лікарем-стоматологом загальної практики до лікаря-пародонтолога з підозрою на пародонтит. Для кожного пацієнта було проведено клінічне пародонтологічне дослідження (періокарта) + рентгенологічне дослідження (діагностична ортопантомограма). Спільний діагноз пацієнтів: генералізований пародонтит 3 стадії ступеню С (по класифікації EFP/AAP 2017 р.).

Обрано консервативний протокол лікування для цих клінічних випадків: мотивація пацієнта, навчання правильній індивідуальній гігієні порожнини рота; далі – видалення біоплівки з усіх поверхонь усіх зубів за один візит з використанням повітряно-абразивної обробки порошком гліцину і ультразвукового скейлінгу спеціалізованою пародонтальною насадкою. Ад'ювантне призначення додому: 3 мг мелатоніну за півгодини до сну щоденно протягом 30 днів.

Пацієнт 1: жінка 50 років, палить >10 сигарет на день, соматичний анамнез необтяжений. Період лікування: з 04.2025 до 07.2025. До лікування: глибина зондування(ГЗ, тут і далі – тільки серед патологічних кишень) 5,12±1,03мм , кровотеча при зондуванні (BoP) 9,26%, гноєтеча 1,85%. Після курсу лікування: ГЗ 2,76±1,16мм, середнє зменшення ГЗ 2,37±1,52мм, BoP 5,56%, без гноєтеч, без втрати зубів.

Пацієнт 2: чоловік 47 років, не палить, соматичний анамнез необтяжений. Період лікування: з 09.2025 по 12.2025 До лікування: глибина зондування 5,67±1,6мм, BoP 26,11%, гноєтеча 8,89%. Після курсу лікування: глибина зондування 2,75±1,01мм, середнє зменшення ГЗ 2,92±1,39мм, BoP 10,92%, без гноєтеч, без втрати зубів.