

*Handwritten signature*

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
„Ужгородський національний університет”

МАТЕРІАЛИ ДРУГОЇ СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ  
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

21 ТРАВНЯ 2010



УЖГОРОД 2010

*Handwritten signature*

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
„Ужгородський національний університет”**

**ПРОГРАМА  
2-ї науково-практичної студентської конференції  
стоматологічного факультету**

**Секція „Стоматологія”**

**Ужгород -2010**

Редакційна колегія: доктор медичних наук, професор Переста Ю.Ю.  
кандидат медичних наук, доцент, Добровольська М.К.  
кандидат медичних наук, доцент Жеро П.І.  
асистент кафедри хірургічної стоматології Брехлічук П.П.

Оргкомітет: голова оргкомітету: ас. Брехлічук П.П.  
члени оргкомітету: Пушеня Н.В., Лещел М.М., Фера М.О.,  
Гамор Т.М., Сливка М.М.

Матеріали збірника присвячені науковим здобуткам та практичним напрацюванням студентів стоматологічного факультету УжНУ під керівництвом їх наукових наставників у сфері хірургічної, ортопедичної, терапевтичної, дитячої стоматології та суміжних дисциплін з метою вдосконалення науково-практичної діяльності і визначення напрямків подальших досліджень.

Науковий редактор збірника: ас. Брехлічук П.П., ас. Джуліна С.М.

© Ю.Ю. Переста, М.К. Добровольська, П.П. Брехлічук, 2010  
© Ужгородський національний університет, 2010

## ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ  
21.05.2010 р., 10<sup>00</sup>, ауд. 104

Президія: д.м.н., проф. Фера О.В.  
                  д.м.н., проф. Фабрі З.Й.  
                  к.м.н., доцент Гецько О.І.  
                  к.м.н., доцент Добровольська М.К.  
                  к.м.н., доцент Локота Є.Ю.  
                  ас. Брехлічук П.П.  
Секретар: студентка 3-го курсу Гамор Т.М.

1. СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я У ДІТЕЙ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ  
Доповідає: Пушкар'єв А.О.  
Керівник: Дячук Е.Й.  
Кафедра дитячої стоматології УжНУ
2. ЗАЛЕЖІТЬ РОЗВИТКУ КАРІЕСУ ЗУБІВ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧУВАННЯ.  
Вучкан Ольга студ. 2-го курсу  
Науковий керівник: проф. Фабрі З.Й.  
Кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування
3. НОЗОКОМІАЛЬНА ІНФЕКЦІЯ У ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕНІ – СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ  
*Nosocomial infection at the yaw surgical department: the contemporary state and the prospects of its prophylactic and treatment*  
Гелей Н., Петрук С., Петров В.  
Науковий керівник: к.м.н., доцент Коваль Г.М., медичний факультет, каф. мікробіології, імунології, вірусології з курсом інфекційних хвороб м. Ужгород  
д.м.н., проф. Переста Ю.Ю., стоматологічний факультет м. Ужгород
4. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ І ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ  
Доповідачі: Фера М.О., Лесів О.Р.  
Науковий керівник: доц. Добровольська М.К.  
Стоматологічний факультет УжНУ  
Кафедра терапевтичної стоматології
5. ВИКОРИСТАННЯ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД ЗАКАРПАТТЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТА ТА ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ.  
Доповідачі: Остап І., Гендлер В.  
Керівник: доцент Добровольська М.К.  
Кафедра терапевтичної стоматології УжНУ

**6. ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЧАСТКОВИХ ЗІМНИХ ПРОТЕЗІВ НА ПАРОДОНТ ОПОРНИХ ЗУБІВ**

Доповідачі: Локота Ю.С., Гелей Н.І.  
Науковий керівник: доц. Локота С.Ю., ас. Срем Т.В.  
Стоматологічний факультет  
Кафедра хірургічної стоматології  
Кафедра терапевтичної стоматології

**7. ОБЛІГАТНА ТА ТРАНЗИТОРНА МІКРОФЛОРА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ, ЯК УНІВЕРСАЛЬНИЙ ПІДКАТОР ЗДОРОВ'Я І ПІГІВНИ.**

Виконавці: Брехлічук Н.М., Бутрій П.В., Сливка М.М.  
Науковий керівник: асистент кафедри хірургічної стоматології УжНУ  
Брехлічук П. П.  
Стоматологічний факультет  
Кафедра хірургічної стоматології

**8. НОВІ ПІДХОДИ ДО ЕСТЕТИЧНОЇ РЕСТАВРАЦІЇ – ОСНОВИ ФОРМОВІДТВОРЕННЯ ЗУБІВ**

Доповідає: Белей О.Л.  
Науковий керівник: ас. Пруц Г.Ч.  
Стоматологічний факультет УжНУ  
Кафедра терапевтичної стоматології

**9. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕПАТИТУ С ЗА ДАНИМИ БІОПСІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

Доповідає: Укста Л. М., Лендєл М.М.  
Науковий керівник: доц. Мізяс В.Г., ас. Сливка В.І., кафедра шкірно-венерологічних захворювань з курсом патоморфології медичного факультету УжНУ

**10. МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЯСЕН ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ АЛЬВЕОЛІТУ**

Доповідає: Сливка М.М.  
Науковий керівник: доц. Мізяс В.Г., ас. Сливка В.І., кафедра шкірно-венерологічних захворювань з курсом патоморфології медичного факультету УжНУ  
доц. Жеро Н.І., зав. кафедрою дитячої стоматології стоматологічного факультету УжНУ

**11. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АТЕРОМАТОЗНИХ ЗМІН ЧЕРЕВНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Доповідає: Світлик Д.В.  
Науковий керівник: доц. Мізяс В.Г., ас. Сливка В.І., кафедра шкірно-венерологічних захворювань з курсом патоморфології медичного факультету УжНУ

**12. ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РЕТРАКЦІЙНИХ ЗАСОБІВ ПІД ЧАС ЗНЯТТЯ ВІДБИТКІВ ЕЛАСТИЧНИМИ МАТЕРІАЛАМИ В ОРТОПЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ.**

Доповідачі: Борзиш Ю.Ю., Лях П.А., Коршинська М.І.  
Науковий керівник: ас. Ремез О.І.  
Стоматологічний факультет УжНУ  
Кафедра ортопедичної стоматології

**13. РЕСТАВРАЦІЯ ЖУВАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ ПРИ ПОВНІЙ ВІДСУТНОСТІ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ ЗУБА З ВИКОРИСТАННЯМ ШТИФТОВИХ КОНСТРУКЦІЙ**

Доповідає: Бабчук Д.О.  
Науковий керівник: Срем Т.В.  
Кафедра терапевтичної стоматології стоматологічного факультету УжНУ

**14. ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО ВПЛИВУ ОРТОДОНТИЧНОЇ АПАРАТУРИ НА ТКАНИНИ ПАРОДОНТУ В ПРОЦЕСІ НОРМАЛІЗАЦІЇ ПАТОЛОГІЙ ПРИКУСУ**

Доповідає: Харюк В.М.  
Науковий керівник: ас. Ізай М.Е.  
Стоматологічний факультет УжНУ  
Кафедра дитячої стоматології

**15. КАРІСС – ЯК НАЙПОШИРЕНІШЕ СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД. ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ОСНОВНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ**

Доповідає: Сняк В.В.  
Науковий керівник: Срем Т.В.  
Кафедра терапевтичної стоматології  
Стоматологічний факультет УжНУ

**16. МЕТОДИКА ПРОВІДНИКОВОЇ ВНУТРІШНЬОРОТОВОЇ АНЕСТЕЗІЇ**

Доповідають: Ришко І.В., Капериз Л.М.,  
Мякушко О.О., Луканинець М.І., Циганш В.М.  
Науковий керівник: ас. Гелей В.М.  
Кафедра хірургічної стоматології УжНУ.

**17. МЕТОДИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРІОСТИТИВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОЛОЇДНОГО РОЗЧИПУ СРІБЛА ТА ОСТЕОПЛАСТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ**

Доповідає: Лещик Ю.В., Стебляк В.В., Гамор В.М.  
Науковий керівник: ас. Гелей В.М.  
Ужгородський національний університет  
Стоматологічний факультет  
Кафедра хірургічної стоматології

**18. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРІОДОНТИТИВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМЕОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

Доповідає: Локота Ю.С.  
Науковий керівник: ас. Гелей В.М.  
Ужгородський національний університет  
Стоматологічний факультет  
Кафедра хірургічної стоматології

**19. ФІТОТЕРАПІЯ В СТОМАТОЛОГІЇ**

Доповідає: Гамор Т.М., Лях П.І.  
Науковий керівник: к.м.н., проф. Грица І.В.  
Ужгородський національний університет  
Стоматологічний факультет  
Кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування

3. Одушення кислого середовища запалених ділянок пародонта і слизової оболонки ротової порожнини.

4. Вираженим ремінералізуючим ефектом завдяки мінеральному складу води, до якого входять іони кальцію, магнію, натрію, калію і невеликої кількості фтору.

5. Ефектом бальнеологічної ентросорбції.

В результаті комплексного лікування стоматологічних хворих із супутньою патологією ШКТ і ГБС нормалізувався стан тканин пародонта, твердих тканин зубів, гігієнічні характеристики ротової порожнини.

Позитивні тенденції спостерігались і у відновленні смакових відчуттів та зменшенні, а з часом і повного зникнення гіперестезії з боку язика.

Висновок: застосування мінеральної води "Поляна Купіль" у складі комплексу бальнеологічних процедур та питного режиму є ефективним; раціональним методом лікування стоматологічних хворих з супутньою патологією ШКТ і ГБС.

#### ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ НА ПАРОДОНТ ОПОРНИХ ЗУБІВ

Доповідачі: Локота Ю.С., Гелей П.І.  
Науковий керівник: доц. Локота С.Ю., ас. Єрем Т.В.  
Стоматологічний факультет  
Кафедра хірургічної стоматології  
Кафедра терапевтичної стоматології

З метою вивчення кількості і характеру ускладнень у хворих, які використовують часткові знімні конструкції зубних протезів з акрилових пластмас впродовж різного проміжку часу, проведено їх обстеження. Оглядалися пацієнти, які зверталися до нас з метою поправок базисів протезів, а також за запрошеннями. Проведено обстеження 61 пацієнта, які користувалися різний проміжок часу знімними конструкціями зубних протезів із акрилових пластмас. Використання кламерів у конструкціях часткових пластинкових знімних протезів має багато негативних сторін. До позитивної сторони відносять покращання фіксації протезів на щелепах. А ось до негативної входить значно більше чинників: це, насамперед, розхитування опорних зубів кламерами, травмування ясен та щік і багато інших. У цілому всі ці негативні чинники, а ще на додаток помилки, допущені ортопедами-стоматологами та зубними техніками, такі, як неввірю вибрана товщина кламера, помилки в розміщенні кламера в конструкції знімного протеза, приводить до раннього видалення опорних зубів, хронічної травми ясен та щік, частих поломок кламерів. Проведені нами дослідження розширили коло ускладнень, які бувають при використанні часткових знімних протезів. Нами виявлено ускладнення від використання кламерів у конструкціях часткових знімних протезів у 50,31 % обстежених, тобто в половині обстежених хворих. Ускладнення у чоловіків склали 24,53%, а у

жінок 25,79%. Поломки кламерів виявлено у 17,61% обстежених, у чоловіків кількість поломок кламерів (11,37%) значно перевищила кількість поломок у жінок (6,72%). Травмування плечем ясен та щік було визначено у 20,51 % обстежених, у чоловіків - 9,81%, у жінок - 10,44% випадків.

Найнебезпечнішим ускладненням від використання кламерів є розхитування опорних зубів. Ми виявили це ускладнення у 36,48% обстежених. Однаковим показник був у чоловіків та жінок і дорівнював відповідно 18,36% та 18,11 %. У вікових групах 55-64 роки та 65-74 роки ці показники були найвищі і становили 11,45% та 14,72% випадків. Найнижчий показник зафіксовано в групі 25-34 роки - 0,13%.

Досить часто ми виявляли таку помилку, як неправильно визначена товщина кламера. У всіх обстежених відсоток помилок склав 27,92%, у чоловіків - 13,71%, у жінок - 14,21% випадків. Знову, як у попередньому випадку, найвищий відсоток помилок був допущений у групах 55-64 та 65-74 роки і склав відповідно 9,81% та 10,44%, а найнижчий - у групі 35-44 роки - 1,26%.

Друге місце після розхитування опорних зубів кламерами займає така помилка, як неправильно розміщений кламер у конструкції знімного протеза. Процент помилок склав 35,95% обстежених, у чоловіків та жінок відповідно 17,99% і 17,86%. Знову є аналогія у вікових груп з попередніми ускладненнями. Так, у групах 55-64 роки та 65-74 роки вони склали відповідно 11,57% та 13,58%, а найнижчий у групі 25-34 роки - 0,25% випадків.

Проведені дослідження показали, що небезпека для опорних зубів криється в кламерах, які неухильно і методично розхитують опорні зуби, що призводить до їх видалення, а в подальшому - до переробки знімних протезів. Загроза є і в хронічній травмі СОПР, що може бути причиною новоутворів. Ускладнення та помилки, які перераховані, значно скорочують терміни користування знімними протезами, а в деяких випадках роблять їх експлуатацію неможливою, що в загальному зумовлює ефективність ортопедичного лікування хворих.

Вивчення ускладнень у пацієнтів, які використовували часткові знімні пластинкові протези, показали, що проходить їх неухильний ріст. Нами встановлено, що використання утримуючих кламерів у знімних конструкціях має серйозні недоліки, зокрема негативний вплив на опорні зуби, травмування ясен та щік. На сьогоднішній день практично всім пацієнтам з втраченими зубами надається можливість відновлення естетичного вигляду і функції незнімними протезами на остеоінтегрованих імплантатах. У переважній більшості випадків вже на етапі діагностування можна скласти чіткий план комплексного лікування пацієнта і уявити майбутню ортопедичну конструкцію. В той же час іноді план ортопедичного лікування і конструкції протеза визначаються односторонньо - не враховуються можливості сучасної імплантації. Ортопедичне лікування із використанням імплантатів обов'язково повинно враховуватися лікарями-ортопедами при складанні плану лікування хворих із великими дефектами зубних рядів.

## МЕТОДИКА ПРОВІДНИКОВОЇ ВНУТРІШНЬОРОВОЇ АНЕСТЕЗІЇ

Доповідають: Рішко І.В., Капериз Л.М.,  
Мякушко О.О., Луканинець М.І., Циганин В.М.

Науковий керівник: ас. Гелей В.М.  
Кафедра хірургічної стоматології УжНУ.

**Вступ.** Більшість стоматологічних втручань супроводжується больовими відчуттями, тому знеболення є однією з найактуальніших проблем стоматології. В стоматологічній практиці використовується декілька видів провідникової анестезії, вибір яких залежить від ділянки хірургічних втручань.

**Мета.** Мета провідникового знечулення полягає у тому, що розчин анестетика зрощує не закінчення чутливих нервів, як це відбувалося при інфільтраційній анестезії, а нервовий стовбур, або його гілки на віддалі від місця оперативних втручань.

**Методи.** Є загальні положення щодо виконання провідникової внутрішньоротової анестезії для хірургів-стоматологів.

1. Необхідно знати цільовий пункт для кожної провідникової анестезії.
2. Зріз голки повинен бути розташований до кістки.
3. Під час проведення провідникової анестезії частина голки (1 см) завжди повинна залишатися ззовні.
4. Знеболювальний розчин слід вводити повільно, щоб запобігти надмірному здавленню тканини.
5. Потрібне знання особливостей будови і анатомічних орієнтирів, які дають можливість безпечно виконати методику провідникового внутрішньоротового знечулення, правильно оцінити клінічні прояви анестезії.

**Матеріали.** Для провідникової анестезії використовують шприц ІС-02 та ін'єкційні голки 0,3 – 3,5 мм (у дітей 0,3 – 2,5 мм).

**Результати.** Результатом успішного застосування провідникового знечулення саме у щелепно-лицевій ділянці зумовлено тим, що в ротовій порожнині є розпізнавальні пункти для точного визначення місця розташування нерва та його гілок, які підлягають впливу анестетика. Успіх провідникового знечулення є в прямій залежності не тільки від концентрації анестетика та його властивостей, але й від техніки виконання знечулення. Дотримуючись загального положення провідникової внутрішньоротової анестезії ми обрали трьох студентів 3-го курсу. Кожному з них ми позначили місце уколу 1% спиртовим розчином брильянтового зеленого, імітували прокол зрізом голки до кістки, аспірацію, повільне випускання із одноразового шприца води для ін'єкцій.

### **Висновки:**

Засвоєння практичних навичок дає нам краще зрозуміти техніку виконання провідникової внутрішньоротової анестезії на верхню і нижню щелепи. Досконало засвоївши провідникові анестезії майбутній лікар-хірург стоматолог забезпечує безболісне і ефективне лікування пацієнтам.

### **МЕТОДИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРІОСТИТИВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОЛОЇДНОГО РОЗЧИНУ СРІБЛА ТА ОСТЕОПЛАСТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ**

*Доповідає: Лещик Ю.В., Стебляк В.В., Гамор В.М.  
Науковий керівник: ас. Гелей В.М.  
Ужгородський національний університет  
Стоматологічний факультет  
Кафедра хірургічної стоматології*

Проблема гнійних інфекцій, що уражають щелепно-лицеву ділянку, і на сучасному етапі залишається надзвичайно актуальною. По даним клініки щелепно-лицевої хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика, з 1969 року і до нашого часу відмічається ріст числа хворих з гнійними запальними захворюваннями обличчя та шиї, зокрема з періоститом. Виникнення одонтогенного періоститу передують такі захворювання, як загостренні хронічні періодонтити, альвеоліти, затруднене прорізування зубів мудрості, пародонти.

**Нашою метою** стало дослідження клінічної ефективності хірургічного лікування гострих одонтогенних періоститів щелеп з додатковим призначенням антигомотоксичних препаратів (АГТП) у післяопераційному періоді та відстроченого застосування препарату направленої кісткової регенерації коллопану з антибіотиком лінкоміцином.

**Матеріал і методика.** Під нашим спостереженням знаходилося 47 хворих віком від 20 до 60 років (20 жінок та 27 чоловіків) з гострими одонтогенними періоститами щелеп множинними ураженнями зубів ускладненими формами карієсу.

У всіх пацієнтів відмічалось погіршення загального стану, підвищення температури тіла до 38,5 °С, асиметрія обличчя за рахунок набряку відповідної частини, болочість збільшених лімфовузлів під час пальпації.

Оперативне втручання проводилося за двох етапну схемою. I етап полягав у видаленні причинних зубів, обробці рани стерильною ватною кулькою, зволоженою розчином колоїдного срібла, срібля періостотомії з дренажування рани на 2-3 дні.

АГТП «Траумель» № 50 у перший день лікування застосовували за ініціуючою схемою по одній таблетці під язик до чіткого розсмоктування кожної 15 хвилин. На протязі 2 годин, а в подальшому – по одній таблетці 4 рази на день 30 хв. після їжі. Ми призначили «Траумель» на фоні дренажного способу, лімфомізоту по 10 крапель за 30 хвилин до їжі на протязі місяця. Після зникнення гострих запальних явищ хворому вводили підшкірно по 2,2

мл. ехінацеї композитум 2 рази на тиждень. При цьому ми розраховували на специфічну дію нозодів, що входять до її складу: стрептококового, стафілококового, піогенного та грипозного.

II етап операції з застосуванням коллопану з лінкоміцином ми проводили на 10-12 день. Він полягав у проведенні розрізу м'яких тканин по гребеню альвеолярного відростку, відведенні слизово – окісного клаптя, формуванні кісткового ложа, засипання коллопану з лінкоміцином і закриття дефекту клаптем з накладанням швів.

**Результати та їх обговорення.** Комплексна методика лікування з застосуванням АГТП справляла протизапальну, знеболюючу, імунотропічну дію, що давала можливість вже на 2 день покращити загальний стан хворого, зменшити прояви місцевого запального процесу, припинити виділення з рани, зменшити болочість регіональних лімфовузлів, в середньому на 3 день відновлювалась функція щелеп. Другий етап оперативного втручання сприяв прискоренню протезування дефекту зубного ряду вже на 12-15 день після його проведення.

### **Висновки:**

1. Призначення АГТП дренажної, протизапальної імуномодуючої дії (лімфомізоту, траумелю та ехінацеї) сприяє нормалізації загального і місцевого статусу, переходу запалення у репаративну фазу у прискорені строки, зменшенню терміну непрацездатності хворого.
2. Двох етапне хірургічне втручання із застосуванням препарату направленої кісткової регенерації коллопану з лінкоміцином дозволяє вже на 12-15 день відновити дефект зубного ряду ортопедичними методами.
3. Отримані результати дають можливість рекомендувати методику комплексного лікування періоститів в амбулаторну хірургічну практику.

### **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРІОДОНТИТИВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПРАТІВ**

*Доповідає: Локота Ю.С.  
Науковий керівник: ас. Гелей В.М.  
Ужгородський національний університет  
Стоматологічний факультет  
Кафедра хірургічної стоматології*

За даними багатьох вчених одонтогенні запальні процеси ШДД періодонтити зустрічаються в повсякденній практиці лікаря хірурга-стоматолога спостерігається часто.