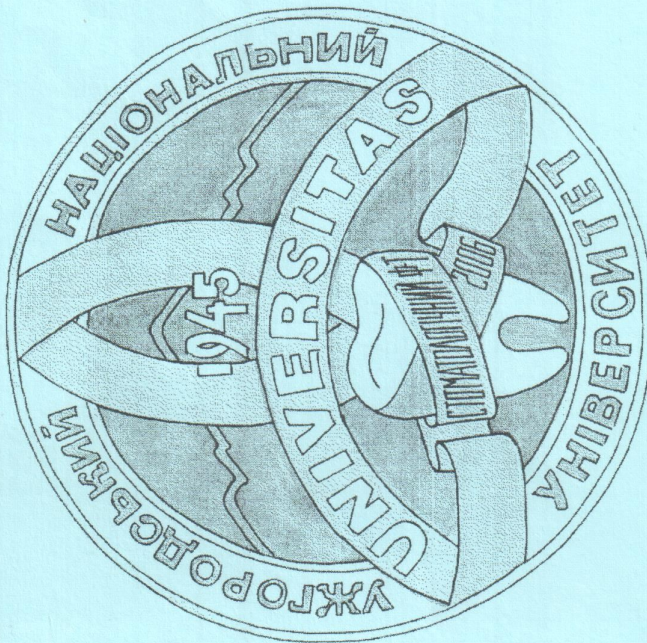


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
„Ужгородський національний університет“

МАТЕРІАЛИ ДРУГОЇ СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

21 ТРАВНЯ 2010



УЖГОРОД 2010

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

6. ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЧАСТКОВИХ ЗМІННИХ ПРОТЕЗИВ НА ПАРОДОНТ ОПОРНИХ ЗУБІВ

Доповідачі: Локомот Ю.С., Гелей Н.І.

Науковий керівник: доц. Локомот С.Ю., ас. Срем Т.В.

Стоматологічний факультет

Кафедра хірургічної стоматології

Кафедра терапевтичної стоматології

7. ОБЛІГАТНА ТА ТРАНЗИТОРНА МІКРОФЛОРА РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ, ЯК УНІВЕРСАЛЬНИЙ ІНДИКАТОР ЗДОРОВ'Я І ПІЛІТВИ.

Виконавці: Брехітчук Н.М., Буртій Н.В., Сливка М.М.

Науковий керівник: асистент кафедри хірургічної стоматології УжНУ

Брехітчук П. П.

Стоматологічний факультет

Кафедра хірургічної стоматології

8. НОВІ ПІДХОДИ ДО ЕСТЕТИЧНОЇ РЕСТАВРАЦІЇ – ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ЗУБІВ

Доповідає: Белей О.Л.

Науковий керівник: ас. Пруч Г. Ч.

Стоматологічний факультет УжНУ

Кафедра терапевтичної стоматології

9. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕПАТИТУ С ЗА ДАНИМИ БІОПСІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Доповідає: Укста Л. М., Лендел М.М.

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

10. МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЯСЕН ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ АЛЬВЕОЛУ

Доповідає: Сливка М.М.

Науковий керівник: доц. Мігль 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 ЧЕРВЯНОГО ВІДДІЛУ ЛОРТИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДИАБЕТ

Доповідає: Сатлик Д.В.

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

12. ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РЕТРАКЦІЙНИХ ЗАСОБІВ ПІД ЧАС ЗНЯТТЯ ВІДЛІТКІВ ЕЛАСТИЧНИМИ МАТЕРІАЛАМИ В ОРТОПЕДИЧНИЙ ПРАКТИЦІ.

Доповідачі: Борисюк 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 ПОВНИЙ 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. КАРІС – ЯК НАЙПОШИРЕНІШЕ СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД, ЕТИОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ

ОСНОВНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ

Доповідає: Синяк В.В.

Науковий керівник: Срем Т.В.

Кафедра терапевтичної стоматології

Стоматологічний факультет УжНУ

16. МЕТОДИКА ПРОВІДНИКОВОЇ ВНУТРІШНЬОРОГОВОЇ 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.

17. МЕТОДИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРІОСТИТИВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОЛОЇДНОГО РОЗЧИНУ СРБІЛА 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: Локомот 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. Грига І.В.

Ужгородський національний університет

Стоматологічний факультет

Кафедра біохімії, фармакології та фізичних методів лікування

Істотне значення в формуванні стійких до карієсу зубів має харчування дитини, особливо в перший рік життя. Це зв'язано з тим, що в перші роки життя дитини починає мінералізуватися більшість постійних зубів. Великий ефект у профілактиці карієсу приносить співпраця стоматологів з педіатрами.

Слід звернути увагу не тільки на органічну і мінеральну повноцінність молока матері, але і на наявність у ньому імуноглобулінів (антитіл).

Їжа, крім макро- та мікроелементів й вітамінів, повинна містити збалансовану кількість білків, жирів та вуглеводів у співвідношенні 1:1:4.

Білки стимулюють всмоктування кальцію за рахунок утворення легкорозчинних його сполук із амінокислотами, кількість яких збільшується при гідролізі білків у ШКТ.

Нестача білків у харчуванні, як відомо, викликає різке порушення формування скелету та розвитку організму. Так, зменшення кількості білків у діті з 21% до 5% призводить до зниження вмісту Са кістках та тканинах зубів у експериментальних тварин. Нестача однієї із поживних речовин, зокрема білків, знижує засвоюваність інших. Переважно білковий раціон харчування (м'ясо, сир, яйця, риба, молоко) сприяє засвоєнню білків (94%) та вуглеводів (96%).

При переважанні раціону вуглеводами (крупи, цукор, білий хліб) значно знижується засвоєваність білків (до 94%) та підвищується засвоєваність вуглеводів (до 99%).

Збільшення вживання з кондитерськими виробами легкозасвоєваних вуглеводів: цукру (цукрози), глюкози, фруктози – призводять до зростання карієсу зубів.

Вживання солодощів (навіть більше 300 г на добу) під час прийому основної їжі дає менший приріст карієсу, ніж вживання малої кількості (30-100 г) у проміжках між прийомами їжі.

Існує пряма залежність ураження зубів карієсом від частоти вживання вуглеводів у проміжках між їдою.

Карієсогенність вуглеводів визначається такими факторами, як їх хімічна структура, фізичні властивості (липкість, в'язкість), здатність до бродіння, кількість вживання цукру та частота приймання, здатність дифундувати в глибину біляшки.

Стійкість зубів до розвитку карієсу значною мірою обумовлена ще реактивністю організму та впливом різних соматичних захворювань, а також спадковою схильністю.

Отже, раціональне харчування в період вагітності, грудного годування, в дитинстві та протягом всього життя є дієвим фактором профілактики карієсу зубів.

НОЗОКОМІАЛЬНА ІНФЕКЦІЯ У ХІРУРГИЧНОМУ ВІДДІЛЕНІ – СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ

Nosocomial infection at the yam 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

Вступ. Проблема нозокоміальної (внутрішньолікарняної) інфекції є чи не найактуальнішою в структурі охорони здоров'я всіх країн світу. Парадоксально, але, не дивлячись на надзвичайні досягнення в області лікувально-діагностичних технологій і, зокрема, технологій стаціонарного лікування це питання залишається в сучасних умовах одним з найгостріших, здобуваючи все більшу медичну та соціальну значимість. Серед факторів, що визначають тенденцію до зростання частоти випадків внутрішньолікарняних інфекцій є збільшення числа інвазійних діагностичних та лікувальних процедур, використання складного медичного обладнання, стерилізація якого пов'язана зі значними труднощами; формування госпітальних штабів, що володіють стійкістю до лікарських препаратів та дезінфектантів; демографічні зміви в суспільстві (збільшення питомої ваги осіб старших вікових груп); зниження неспецифічних факторів захисту організму.

Мета. Враховуючи зазначену вище проблему метою нашої роботи було визначення основних етіологічних бактеріальних агентів, вивчення їх роду і виду, антибіотико чутливості, та пошук ефективних методів їх профілактики. **Матеріали і методи.** Для бактеріологічного аналізу відбирали наступні проби: повітря палат, маніпуляційної, коридору та санвузла; змиви з поверхонь стін, столів, поручнів, маніпуляційного столика та приладдя; гнійні виділення пацієнтів чи фекалії; слиз носоглотки та змив шкіри рук медичного персоналу та пацієнтів. В якості селективних поживних середовищ використовували ЕНДО, ВСА, ЖСА, 5 % кров'яний агар, МПА, MacConkey, пеніциліновий агар тощо. Ідентифікацію клінічних ізолятів проводили в два етапи. Перший полягав у використанні традиційних рутинних методів для визначення родової належності бактерій, а саме: висів на середовища Кліглера, Олькельницького (для виявлення ентеробактерій), застосування систем паперових ідентифікаційних (СІП), проведення додаткових тестів на каталазу, плазмокоагулазу. Другий і третій етапи відповідно були пов'язані із використанням ідентифікаційних систем французького виробництва API 20 E, API 20 Starh, API Ster, API NE, API 32E. Для всіх клінічних ізолятів встановлено антибіотикограми з використанням ТЕТ-Тетрацикліну, СІХ-Цефотаксиму, CN-Цефалексину, AZM-Азитроміцину, СХМ-Цефуроксиму, АМС-Амоксациліну, АМ-Ампіциліну, СІР-Ципрофлоксацину, LXX-Левофлоксацину, MOX-Моксифлоксацину, VA-Ванкоміцину, MA-Цефамандолу. Скринінг активних антагоністів до збудників нозокоміальних інфекцій здійснювали методами відстроченого антагонізму та сумісного культивування бактерій.

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

4. Виразеним 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 спостерігалися 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 ОПОРНИХ ПРОТЕЗІВ

НА ПАРОДОНТ ОПОРНИХ ЗУБІВ

Доповідці: Локота Ю.Є., Гелей Н.І.

Науковий керівник: доц. Локота Є. 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 ортопедолами-стоматологами та зубними техніками, такі, як неввірно 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 недолки, 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 остеointегрованих імплантатах. У переважній більшості випадків вже на етапі діагностування можна скласти чіткий план комбінованого лікування пацієнта і уявити майбутню ортопедичну конструкцію. В той же час іноді план ортопедичного лікування конструкція протеза визначаються односторонньо - не враховуються можливості сучасної імплантації. Ортопедичне лікування із використанням імплантатів обов'язково повинно враховуватися лікарями-ортопедолами при складанні плану лікування хворих із великими дефектами зубних рядів.