

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

одонтобластів, мікроорганізмів, колагенових волокон дентину, кристалів, було встановлено, що ознаки пошкодження структури, небажані термічні ефекти у вигляді оплавлення неорганічних дентинних структур, тріщини, пухирці рекристалізації дентину були відсутні. Це говорить про коректно обраний режим фотоактивованої дезінфекції кореневих каналів.

Висновки. Дослідження шліфів зубів методом растрової електронної мікроскопії показали, що фотоактивована дезінфекція із застосуванням 10% розчину повідон-йоду, активованого інфрачервоним опроміненням, усуває змазаний шар на внутрішній поверхні дентину кореневих каналів, не створюючи пошкодження структури дентинних каналців, що сприяє підвищенню якості постійної обтурації.

ПРОБЛЕМА ВЕРИФІКАЦІЇ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Зубик Х.М.

Науковий керівник: д.мед.н. Лахтін Ю.В.

Сумський державний університет, кафедра стоматології

За даними різних авторів, захворювання пародонта займають друге місце за поширеністю серед стоматологічних хвороб. Розрізняють локалізований і генералізований пародонтит. Чинники виникнення цих форм пародонтиту різні, проте клінічна картина часто буває схожою.

Мета – визначити проблему верифікації діагнозу генералізованого та локалізованого пародонтиту.

Методи: інформаційно-аналітичні: пошук даних літератури вітчизняних та зарубіжних джерел.

Результати. Генералізований пародонтит – запалення тканин пародонта, яке характеризується ураженням тканин пародонта однієї чи двох щелеп, де етіологічними факторами виступають, як правило, системні порушення. Локалізований пародонтит має обмежену поширеність процесу навколо одного чи групи зубів, тому що причинами, як правило, виступають місцеві чинники. Враховуючи ці етіологічні фактори, лікування генералізованого пародонтиту комплексне, довготривале, з призначенням системної терапії, а локалізованого також комплексне, але головним є усунення місцевого чинника.

Проте, якщо припустити, що на одній щелепі навколо кожного зуба є якийсь один місцевий фактор, то в цьому випадку клінічна картина буде нагадувати генералізоване ураження тканин пародонту. Тобто, клінічна картина пародонтиту відповідає генералізованому поширенню запального процесу, але він, в деякому роді, одночасно є локалізованим пародонтитом. В цьому випадку його лікування повинно передбачати включення системної терапії з урахуванням варіантів коморбідної патології. З іншого боку, в даній ситуації привести до позитивних результатів лікування може тільки усунення місцевих факторів подразнення тканин пародонту і місцеве лікування запального процесу.

Висновок. Таким чином, на сьогодні існує проблема вирішення питання щодо верифікації діагнозу «генералізований пародонтит» та «локалізований пародонтит».

СУЧАСНІ МЕТОДИ МІКРОПРОТЕЗУВАННЯ

Зубик Х.М., Теличенко Д.О.

Науковий керівник: асистент Животовський І.В.

Сумський державний університет, кафедра стоматології

Відновлення твердих тканин зубів є однією із найактуальніших проблем сучасної стоматології.

Мета - провести порівняльне дослідження непрямих та прямих реставрацій. Визначити їх позитивні та негативні сторони: оцінити механічні, медико-біологічні, естетичні аспекти.

Методи дослідження: інформаційно-аналітичні: пошук даних літератури вітчизняних та зарубіжних джерел. Інформаційний пошук у базах даних Medline та Embase з достатнім рівнем релевантності та узагальнення даних літератури.

Результати. На основі комплексного аналізу літератури ми дійшли висновків, що вкладки мають такі переваги: фальц, який покривається краєм конструкції, попереджає сколювання емалі і виникнення вторинного карієсу; створення правильного контактного пункту застерігає від травмування ясенної сосочок; можливість забезпечення гарного прилягання вкладки в області ясенної стінки у важкодоступних місцях. Все це важко виконати при прямій реставрації. Серед медико-біологічних аспектів можна виділити можливість полірування всіх зовнішніх поверхонь, що попереджає утворення зубної бляшки; підвищення міцності вкладки, виготовленої із зуботехнічного композиту, завдяки введенню в склад матеріалу великодисперсного неорганічного наповнювача органічної матриці; незначна гігроскопічність конструкції; висока зносостійкість; можливість точного відновлення оклюзійної поверхні з урахуванням біомеханіки та функції; стабілізація прикусу при патологічному стиранні зубів; попередження перегріву пульпи, завдяки полімеризації конструкції поза ротовою порожниною. Естетичні переваги непрямих реставрацій: вища стійкість кольору, в порівнянні з прямими реставраціями; більше можливостей індивідуалізації конструкції та прояву художніх здібностей за допомогою барвників, що входять в комплект.

Висновок. Протезування вкладками розглядають як найбільш ефективну стоматологічну допомогу при відновленні анатомічної форми і функції зуба.

СТАН ЗУБОЩЕЛЕПНОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ В ТИМЧАСОВОМУ ТА РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ЗМІННОГО ПРИКУСУ

Коркішко Т.В.

Науковий керівник: Галич Л.В., к.мед.н., асистент

Сумський державний університет, кафедра стоматології

Актуальність. На сьогоднішній день досить часто зустрічаються зубощелепні аномалії. Їх розповсюдженість сягає 90%. Вони проявляються характерними порушеннями естетики обличчя людини, що часто стає причиною звернення до лікаря-ортодонта. При ранньому виявленні зубощелепної аномалії, можна вчасно надати ортодонтичну допомогу та у коротші терміни усунути і попередити розвиток ускладнень. Ортодонтична патологія може бути спадковою, природженою і набутою, тому є необхідність ранньої діагностики зубощелепних аномалій. У дітей з аномаліями зубощелепного апарату спостерігаються порушення функцій, а саме: жування, ковтання, дихання, мови, змикання губ.

Метою нашого дослідження було визначити стан зубощелепного апарату у дітей в тимчасовому та ранньому періоді змінного прикусу.

Методи. Проведено огляд 478 дітей в організованих дитячих колективах м. Суми віком від 4 до 6 років.

Результати. В результаті проведеного дослідження у дітей було виявлено: ортогнатичний прикус – 215 дітей, прямий – 66, глибокий – 65, відкритий – 6, мезіальний – 16, дистальний – 29, перехресний – 45, опістогнатія – 13, глибокий дистальний – 16, мезіальний перехресний – 2, відкритий дистальний – 1, глибокий перехресний – 1. Лише у шістьох дітей було виявлено неправильне положення окремих зубів, поміж яких одне ікло, а інші - центральні та латеральні різці. Серед усіх оглянутих дітей у 27% фізіологічні діастеми та тріми не спостерігалися, що є фактором ризику формування в подальшому зубощелепних аномалій.

Таким чином можна зробити **висновок**, що значна кількість оглянутих дітей в тимчасовому та ранньому періоді змінного прикусу потребують ортодонтичної допомоги, а частина дітей має знаходитись на диспансерному обліку у лікаря-ортодонта, оскільки у них спостерігаються фактори ризику виникнення ортодонтичної патології.