



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

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПРАНТІВ,
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

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 періімплантитів (Garaicoa-Pazmino S., 2019). Періімплантит 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 періімплантиту (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 періімплантиту 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 періімплантиту, 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 періімплантиту 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

дна кармана використовували стерильний фізрозчин для видалення надлишку барвника через 1 хв після фарбування. Після висихання дистальна, щічна, мезіальна, дистолінгвальна, лінгвальна і мезіолінгвальна ділянки кожного імплантата оброблялися протягом 10 с.

Отримані результати. Через 4 тижні в обох групах спостерігалось зменшення глибини зондування порівняно з вихідними значеннями: на 3 мм в досліджуваній групі, та на 2 мм в контрольній групі. Вказані дані свідчать про виражене зменшення запального процесу в м'яких тканинах навколо патологічного карману в досліджуваній групі за рахунок більш ефективного видалення бактеріальної плівки.

В обох групах спостерігалася достовірна зміна показника SBI через 4 тижні порівняно з вихідним рівнем, що можливо пояснити значним зменшенням біоплівки за рахунок її механічного видалення. Через 4 місяці було виявлено збільшення SBI у контрольній групі до 3, що є підтвердженням збереження на поверхні імплантатної ретенційних зон, які сприяють повторному закріпленню біоплівки.

Висновки. 1. Виявлено більш виражене скорочення глибини зондування при використанні титанової щітки I-Brush для деконтамінації.

2. Використання Regio-Flow виявилось менш ефективним, при цьому зберігався більш виражений запальний компонент та патологічний карман.

3. Відновлення ознак запального процесу при спостереженні через 4 місяці свідчить про необхідність пошуку шляхів усунення ретенційних зон для біоплівки.

4. Доцільне проведення тривалого динамічного спостереження після проведення лікування періімплантиту.

ГУМАНІТАРНІ, БІОЕТИЧНІ І ПРАВОВІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

ПРОФЕСІЙНИЙ ЕТИКЕТ ЛІКАРЯ: ОСНОВНІ АСПЕКТИ

Пилипишина С. В.

Науковий керівник: доц. Козиряцька С.А.

Кафедра культурології та українознавства

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність. Професійний етикет лікаря у медичній сфері відіграє важливу роль у створенні оптимальних умов для якісної й довірливої співпраці між пацієнтами та медичним персоналом, що є важливим для успішного лікування. Відтак важливо визначити основні аспекти й правила поведінки лікарів у медичній практиці.

Мета дослідження. Визначення основних аспектів професійного етикету у роботі лікарів. Методи: аналізу, узагальнення.

Отримані результати. Професійний етикет медиків передбачає поєднання моральних якостей лікаря, його поведінки та професійних якостей.

Виходячи з цього, у фаховій діяльності медичних працівників можна виокремити такі аспекти, які становлять основу професійного етикету:

1. Особистісні характеристики та професійні компетенції. До перших належать: ввічливість (уміння поводитися чемно), тактовність (уміння дотримуватися певної міри у відносинах з людьми), коректність (уміння тримати себе в межах пристойності, не принижуючи гідності інших), вихованість (уміння поводитись пристойно), витриманість (уміння стримувати негативні емоції), гуманність (людяне й доброзичливе ставлення), пунктуальність (уміння планувати час, дотримуватись дедлайну) та сформованість відповідних ціннісних орієнтацій. З-поміж других варто виокремити: освіченість, мобільність, самостійність у прийнятті рішень, відповідальність за результати своєї