

Міністерство охорони здоров'я України
Дніпровський державний медичний університет
Рада молодих вчених
Студентське наукове товариство

**МАТЕРІАЛИ XXII НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

**м. Дніпро, Україна
2022**

Підготовлено до друку оргкомітетом конференції
Науковий редактор: професор Твердохліб І.В.
Відповідальний редактор: Бондаренко Н.С.

Голова конференції:
член-кореспондент НАМН України, професор Перцева Т.О.

Програмний комітет:
професор Шпонька І.С.
професор Гудар'ян О.О.
професор Науменко Л.Ю.
професор Твердохліб І.В

Голова Ради молодих учених:
Бондаренко Н.С.

Матеріали конференції представлені на офіційному сайті
студентського наукового товариства
<http://rmv.dmu.edu.ua>
E-mail: konf.dp@gmail.com

Новини і перспективи медичної науки : зб. мат. XXII конф. студ. та мол. учених : [під ред. Твердохліба І.В., Бондаренко Н.С.]. – Дніпро, 2022. – 81 с.

До збірника увійшли тези та статті наукових робіт, надані авторами та авторськими колективами вищих медичних навчальних закладів та науково-дослідних установ України. Наукові роботи висвітлюють сучасні проблеми, новітні технології, напрямки та перспективи розвитку у різних галузях медицини. Рекомендується для студентів, аспірантів, наукових працівників, викладачів вищих медичних навчальних закладів, лікарів.

©МОЗ України, 2022

СТОМАТОЛОГІЯ

Г.С.Короленко, О.Д.Салюк, Г.Р.Котелевська
**МОРФОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
 ЕНДЕМІЧНОГО ФЛЮОРОЗУ ЗУБІВ**

Дніпровський державний медичний університет,
 кафедра патологічної анатомії і судової медицини,
 кафедра терапевтичної стоматології

Вступ. Актуальною проблемою XXI століття є вивчення екологічного стану природних вод і визначення можливості їх використання в питних цілях. Особливе значення має вивчення фтору як одного з найактивніших елементів Землі. Адже фтор бере участь у формуванні сполучної тканини, сприяє мінералізації кісток сумісно з кальцієм та магнієм. Фтору притаманні протилежні властивості в залежності від його концентрації в живому організмі. Так, недостача фтору сприяє розвитку каріозного процесу в зубах, а його надлишок обумовлює виникнення флюорозу емалі зубів. Флюороз є найбільш розповсюдженим захворюванням в Україні та і в усьому світі, яке пов'язане саме з використанням питної води з підвищеним вмістом фтору.

Мета дослідження: На основі результатів опублікованих наукових досліджень окреслити диференціально-діагностичні особливості ендемічного флюорозу зубів для обрання лікарем правильної тактики ведення пацієнта.

Матеріали і методи. Нами проведений інформаційний пошук літературних джерел за останні 10 років.

Результати та їх обговорення. Аналіз сучасної наукової літератури продемонстрував, що незважаючи на відомий етіологічний чинник, патогенез флюорозу зубів повністю не вивчений. Найбільш вагомий внесок в дослідження флюорозу внесли В.К.Патрикєєв та А.К.Ніколішин. Флюорозом уражуються зуби дітей, які внутрішньоутробно розвивались, а потім і проживали в ендемічних вогнищах підвищеного вмісту фтору в питній воді, ґрунті, їжі або оселилися там у період формування емалі. Вважається, що критичним для розвитку флюорозу є вміст фтору у питній воді понад 1,5 мг/л. Фтор, потрапляючи в організм в надлишковій кількості впливає на функцію ена멜лобластів. Ці клітини беруть безпосередню участь в процесі утворення емалевої призми, яка є структурним елементом емалі зуба. В результаті токсичного впливу фтору на ена멜лобласти відбувається їх дегенерація. Це, в свою чергу, зупиняє формування емалевої призми і порушує розвиток емалі.

У своїх дослідженнях Ніколішин А.К. визначає наступні стадії розвитку флюорозу зубів. Початкова стадія - надходження надлишку фторидів в ена멜лобласти через кровеносні судини зубного мішечка в період енамелогенезу. Фтор з'єднується з кальцій-зв'язуючим білком емалі, що формується, утворюючи гідроксифторapatит. Період внутрішньощелепного розвитку - осідання надлишку фтору на поверхні емалі у вигляді фториду кальцію, який, у свою чергу, нашаровується на гідроксипатит емалі. Період позашелепного розвитку - продовження утворення фториду кальцію після прорізування зуба. В силу німеїчного зв'язку фториду кальцію, що знаходиться в поверхневому шарі емалі, з фторapatитом, що підлягає, на поверхні емалі зуба утворюються дефекти поверхневого шару під впливом механічних факторів - деструкція емалі. Чим товщий шар фториду кальцію на поверхні емалі, тим важче клінічні прояви флюорозу зубів.

Гістоструктурні зміни в зубах при флюорозі багато в чому залежать від форми клінічного ураження (тяжкості змін). Емаль побудована з призми, яка у свою чергу - з

тонкої фібрилярної сітки, в якій знаходяться кристали гідроксипатита кальцію. При початковій формі захворювання (штрихова та плямиста форми) у підповерхневому шарі виявляються змінені ділянки різних розмірів та контурів. Різко виражені смуги Гунтера-Шрегера, які дугоподібно згинаються і доходять до емалі, добре видно лінії Ретціуса. Поверхня емалі поряд з рівними контурами має окремі опуклості та западини. Дентино-емалева з'єднання зубчастої форми. Поверхневий шар емалі має муаровий малюнок, що обумовлено збільшенням міжпризматичних просторів за рахунок часткової резорбції емалевих призми, зонами гіпо- та гіпермінералізації. При тяжких формах флюорозу гістоструктурні прояви більш виражені. Переважають ділянки розсмоктування твердих тканин. У пульпі виявлені крововиливи, набряк, вакуолізація шару одонтобластів, подекуди - сітчаста атрофія.

Залежно від клінічних проявів розрізняють п'ять форм флюорозу зубів: штрихову, плямисту, крейдоподібно-крапчасту, ерозивну, деструктивну. Перші три форми не супроводжуються втратою тканин зубів, а дві останні - призводять до втрати тканин зубів. При штриховій формі флюорозу в емалі видно невеликі крейдяні, слабо помітні смужки у вигляді штрихів, розташовані в поверхневому шарі емалі, видимість яких покращується при зміні кута освітлення або після висушування поверхні зуба. Штрихи більш виражені на передніх зубах з вестибулярної поверхні. Найчастіше при цій формі спостерігається ураження центральних та бічних різців верхньої щелепи, рідше - різців нижньої щелепи. В уражених ділянках емаль зубів втрачає прозорість і блиск, набуває білуватий фон.

При плямистій формі флюорозу плями частіше невеликих розмірів, множинні, без смуг, мають гладку блискучу поверхню. Забарвлення більш інтенсивне у центрі плями. По краях вона сходить нанівець, зливаючись із загальним тлом емалі. Плями розташовуються по всій коронці, але більш чітко виражені на вестибулярній та щічній поверхнях, мають тонкий відтінок, іноді жовту пігментацію. Плями стабільні, мають тенденцію до злиття.

При крейдяно-крапчастій формі флюорозу патологічний процес найчастіше охоплює всі групи зубів. Поверхня коронки депігментована з крейдяно-матовим відтінком. Видно ділянки пігментації емалі світло- або темно-коричневого кольору на тій поверхні коронки, де емаль втратила блиск. Відзначаються заглиблення у вигляді цятки жовтого або коричневого кольору діаметром 1,5 мм, глибиною 0,1 мм, дно та стінки яких шорсткі. Плями темно-коричневого кольору, розташовані поблизу ріжучого краю, створюють картину «підгорілих» коронки. При більш високих концентраціях фтору цятки зливаються між собою, з пігментними та крейдяноподібними плямами, надаючи емалі поїдений «рябий» вигляд. При цій формі флюорозу спостерігаються дрібні сколи, а також стирання емалі з оголенням пігментованого дентину темно-коричневого кольору.

При ерозивній формі флюорозу на фоні вираженої пігментації емалі видно ділянки її відсутності - ерозії. Емаль по краях ерозій різко пігментована, має крейдю подібне забарвлення, позбавлена блиску, тендітна, легко сколюється, утворюючи при цьому додаткові порожнини різної форми, глибини та розміру, краї та дно яких шорсткі. Дно та стінки дефектів жовтого або коричневого кольору, що залежить від глибини дефекту та тривалості його існування. При цій формі флюорозу різко виражено стирання емалі та дентину.

Найтяжча деструктивна форма флюорозу зустрічається при концентрації фтору у питній воді 10-20 мг/л. Відзначається крихкість емалі, яка сколюється

великими шматками. Зуб при цьому набуває атипової форми, відзначається стирання емалі і дентину. При такій патології відзначається ураження не тільки емалі, а й дентину. На поверхні коронок безліч різних за величиною та формою заглиблень, зондування яких болюче.

Таким чином, різні форми та стадії перебігу такого захворювання як ендемічний флюороз мають свої клінічні прояви. Штрихова форма має слабо помітні смужки у вигляді штрихів, розташовані в поверхневому шарі емалі. Натомість плямиста форма виражається на вестибулярній та щічній поверхнях, іноді набувають жовту пігментацію. Поверхня коронок депігментована з крейдяно-матовим відтінком при крейдяно-крапчатій формі. Ерозивна форма флюорозу різко виражена стиранням емалі та дентину. На поверхні коронок безліч різних за величиною та формою заглиблень, зондування яких болюче – це деструктивна стадія флюорозу.

Висновки. В щоденній практиці лікаря-стоматолога, зазвичай, частіше зустрічаються карієс, клінічні прояви якого іноді дуже схожі на флюороз і навпаки. Тому у випадку діагностики флюорозу лікар повинен обрати правильну тактику ведення пацієнта з врахуванням диференціально-діагностичних та лікувально-профілактичних аспектів. Враховуючи накопичувальний ефект фтору, що приводить до розм'якшення твердих тканин зуба і з часом до повної втрати зубів, перш за все слід припинити доступ в організм підвищених концентрацій фтору з проведенням подальшого місцевого лікування.

О.А.Кривчук, Д.А.Циган

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА
КОНСТРУКЦІЙНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕЗНІМНИХ
ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ**

Дніпропетровський державний медичний університет,
кафедра ортопедичної стоматології.

Мета та завдання: проведення порівняльної характеристики промивних частин мостоподібних протезів.

Розробити рекомендації по оптимізації виготовлення та вибору форми промивної частини мостоподібних протезів.

Матеріали та методи досліджень. Для виконання поставлених цілей була зроблена наступна робота:

Під час ортопедичного прийому хворих, було сформовано 4 групи пацієнтів з різними видами промивних проміжків мостоподібних протезів, по 10 чоловік в кожній групі, які користувалися даними конструкціями більше рекомендованого строку, а саме від 6 до 12 років. Всі пацієнти звернулися на кафедру ортопедичної стоматології з метою перепротезування.

Після зняття мостоподібних конструкцій проводилась оцінка запалення слизової оболонки протезного поля під промивною частиною.

Було демонтовано 40 мостоподібних протезів із різними промивними зонами,

після чого протезне ложе змащували розчином Шиллера-Писарева, потім – 3% розчином толуїдинового синього. Через 30-60 секунд оцінювали інтенсивність та характер забарвлення. Ділянки запалення зафарбовувались більш інтенсивно у порівнянні з нормальною слизовою оболонкою протезного ложа та мали колір від брунатно-фіолетового до темно-фіолетового.

Також оцінювалося кількість залишків їжі після зняття конструкцій.

Результати. 1 група пацієнтів з добре вираженою промивною частиною – запалення не виявлено, залишки їжі – не виявлено.

2 група, сідловидна промивна частина, запалення у 50% пацієнтів та наявність залишків їжі.

3 група, дотикова промивна частина, у 30% пацієнтів наявність запалення та рештки їжі.

4 група, овоїдна промивна частина, ділянки запалення виявлено у 40% пацієнтів, залишки їжі відсутні.

Висновки

1.Промивна та дотикова частини незнімних конструкцій найменше викликають запалення слизової оболонки так як добре піддаються гігієнічним засобам та механічній очистці.

2.Сідловидна та овоїдна форми промивної частини більш комфортні для пацієнтів в плані адаптації але із-за неможливості проведення гігієнічних заходів викликають запалення слизової оболонки пацієнтів від 30-50%.

3. Промивна поверхня незнімних конструкцій повинна ретельно контролюватися на клініко-лабораторних етапах виготовлення.

4. Рекомендовано фіксувати незнімні конструкції на тимчасовий цемент терміном від 2 до 4 тижнів, з подальшим контролем стану слизової оболонки під промивною частиною.

О.Д.Салюк, К.О.Іванова

**ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА СТАН РОТОВОЇ
ПОРОЖНИНИ**

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра терапевтичної стоматології

Загальновідомий факт, що куріння завдає людині величезної шкоди, справляє негативний вплив на органи і системи органів. Результати Глобального опитування дорослого населення про споживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey - GATS), проведеного в 2010 р., свідчать про те, що 28,8% населення України у віці старше 15 років є курцями. У 2006 р. Україна офіційно ратифікувала Рамкову конвенцію Світової організації охорони здоров'я по боротьбі зі споживанням тютюну та планомірно здійснює державну політику, спрямовану на скорочення попиту на тютюнові вироби та захист населення від впливу тютюнового диму. Тому боротьба з курінням є важливою медико-соціальною проблемою, що й обумовлює актуальність даної теми.

Ротова порожнина першою сприймає вплив компонентів тютюнового диму, механічне та термічне подразнення сигарет, курільних трубок, кальяну. Під вплив тютюну підпадають всі органи і тканини ротової порожнини, що призводить до розвитку специфічних захворювань, в назві яких навіть прямо зазначається притаманність цих патологічних станів тютюнозалежним пацієнтам. Прикладом слугує «наліт курця», який фарбує зуби в чорний та коричневий кольори. Особливо колір зуба змінює пігментований наліт, який утворюється в результаті порушення правил гігієнічного догляду за порожниною рота в комбінації з курінням. Цей наліт досить щільно прикріплений до емалі та виникає внаслідок відкладення продуктів згоряння тютюну при вдиханні диму (нікотин, дьоготь, аміачні та фенолові сполуки). До того ж, видалення нальоту курця супроводжується певними труднощами, його можна зняти тільки професійними інструментами. А після видалення нальоту поверхню зуба необхідно обробити фтористими препаратами. Подібний наліт фарбує не тільки поверхні зубів, але й наявні в ротовій порожнині зубні реставрації, протези. Таким чином, наліт курця значно погіршує якість життя, створюючи естетичні проблеми у вигляді негарного кольору зубів. Окрім того, при наявності такого нальоту з рота можливий неприємний запах. Якщо з нальотом курця вчасно не почати боротися, він може призвести і до інших стоматологічних проблем.

При курінні збільшується вміст органічних кислот, зокрема, лактату в ротовій рідині та зубному нальоті, що сприяє демінералізації емалі та розвитку карієсу зубів. При