МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І. ПИРОГОВА
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

XI

МАТЕРІАЛИ XI МІЖНАРОДНОЇ СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

«ПЕРШИЙ КРОК В НАУКУ-2014»

Приступити до імплантації можливо тільки у пацієнтів з I, II, III типами архітектоніки кісткової тканини, тобто тільки у 28,6% випадків. Пацієнтам з IV, V типами, що складають 71,4%, рекомендовані оперативні втручання з приводу пластики альвеолярного гребеня, направленої регенерації кісткової тканини, стимуляції остеогенеза, поглиблення присінка ротової порожнини та синусліфтингу. При нашому дослідженні пацієнтів з VI типом архітектоніки не було виявлено.

На основі проведеного дослідження були зроблені такі **висновки**:

1.28,6% пацієнтам з частковою адентією можна без відповідної підготовки проводити зубну імплантацію.

2.71,4% пацієнтів з частковою адентією перед дентальною імплантацією потребують відповідної хірургічної підготовки.

3.Проводити планування імплантації можливо після проведення аналізу комп'ютерних томограм з допомогою програмного забезпечення Volume Viewer для оцінки стану архітектоніки кістки щелеп.

4.Комп'ютерне програмне забезпечення Volume Viewer дозволяє спрогнозувати приживлення імплантів.

О.С. Жуковська

ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГОЛОВИ І ШИЇ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
А.О. Кушта (к.м.н.,доц..)
Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Психологічні фактори можуть відігравати істотну роль у виникненні та перебігу злоякісного процесу. Саме тому значення психотерапії в комплексному лікуванні хворих з онкологічними захворюваннями все більше зростає. Клінічна картина онкологічного захворювання не обмежується лише симптомами, що відображають вплив власне патогенного фактора, але також обов'язково включає в себе явне або приховане ставлення пацієнта до своєї хвороби. Це дозволяє говорити, що у онкологічних хворих соматичне страждання поєднується з реакцією особистості, тобто стражданням моральним. Питома вага і місце кожного з двох названих компонентів може бути різним, проте вони обов'язково представлені разом (А. С. Дудниченко, 2003). Існує також ряд основних психопатологічних симптомів, які найбільш характерні для онкологічних хворих. До них відносяться: тривога, депресія, астенія, іпохондрія, апатія і дисфорія. Окрім цього, психологічний стан людини, що вперше почула від медичних працівників, що у неї онкологічне захворювання, описано в класичних роботах Е. Коблер-Росс. Вона встановила, що більшість хворих проходить через п'ять основних стадій психологічної реакції: заперечення або шок, гнів, «торгівля», депресія, прийняття. Для вивчення психологічного стану хворих застосовуються такі тести: методика «Особистісний диференціал», методика ІТТ, кольоровий тест Люшера.

Мета: дослідження психоемоційного стану, а також рівня тривожності онкологічних хворих і можливість корекції його на різних етапах лікування.

Матеріали і методи: Нами було обстежено 30 пацієнта (16 жінок та 14 чоловіків), віком від 18 до 80 років, які знаходились на лікуванні в відділенні пухлин голови та шиї ВОКОД. На догоспітальному етапі у всіх хворих застосовували тест самооцінки стресостійкості С.Коухена, Г.Вілліансона, діагностика стану стресу А.О.Прохорова та шкалу психологічного стресу PSM-25 – бланкові тести; показники ШГР, пульс, АТ.

В обстеженні приймали участь 13 пацієнтів з доброякісними пухлинами та 17 із злоякісними. В залежності від патології хворим проводилося різне лікування – хірургічне, комбіноване. Реєстрацію показників ШГР, АТ, пульсу та анкетування проводили в день надходження пацієнта у стаціонар та на 5 добу після проведеного лікування.

Результати: При оцінці психологічного стану та рівня стресу у пацієнтів було виявлено, що 10 пацієнтів мають високий рівень регуляції в стресових ситуаціях, 5–помірний та 15–слабкий рівень регуляції в стресових ситуаціях. При реєстрації показників ШГР: 15 пацієнтів з високим рівнем тривожності, 9–з середнім, 6–з низьким. Нами було виявлено залежність між показниками ШГР та тестами.

Висновки: Психоемоційний стан пацієнтів з онкопатологією не залежить від діагнозу та термінів після лікування, що вказує на потребу корекції цього стану на всіх етапах лікування.

Е. Л. Золотухина

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Кафедра терапевтической стоматологии
Е. Л. Заградская (к. мед. н., и. о. зав. каф.)
Одесский национальный медицинский университет
г. Одесса, Украина

Актуальность: Сахарный диабет является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной медицины. По данным исследований последних лет сахарный диабет широко распространен во всех странах мира, на данное время насчитывается более 170 миллионов больных. Стоматологический статус является неотъемлемым подтверждением гигиенического состояния ротовой полости, что способствует правильному выбору соответствующего метода лечения при данной патологии.

Цель: Изучить стоматологический статус больных сахарным диабетом второго типа. Оценить влияние сахарного диабета на стоматологический статус. Изучить динамику клинических показателей состояния полости рта, изменения микрофлоры полости рта, изменения скорости секреции и биохимических показателей слюны, изменение цитологических показателей эпителия слизистой оболочки полости рта у больных сахарным диабетом второго типа.

Материалы и методы: Сахарный диабет второго типа (инсулиннезависимый диабет) — метаболическое заболевание, характеризующееся хронической гипергликемией, развивающейся в результате нарушения секреции инсулина или механизмов его взаимодействия с клетками тканей. Определение стоматологического статуса больных сахарным диабетом второго типа проводится с помощью объективного исследования, осмотра полости рта, оценки индексов гигиены, РМА, пародонтального индекса, а так же определения степени кровоточивости десен, лабораторного анализа состава слюны, микроскопического и микробиологического анализа.

Результаты: По данным исследования выявлена взаимосвязь основного заболевания и проявлениями в полости рта. Состояния твердых и мягких тканей полости рта зависят от тяжести основного заболевания. Основными проявлениями сахарного диабета второго типа в полости рта являются патология пародонта (кровоточивость десен, наличие пародонтальных карманов, наддесневых и поддесневых зубных отложений), ксеростомия (снижается скорость секреции слюны), катаральный стоматит, глоссит, грибковый стоматит, изменения в слюне (снижение концентрации лизоцима и активации пероксидазы), кариес зубов. В микрофлоре полости рта преобладает ассоциация грамотрицательных палочек, Staphylococcus, Streptococcus, грибы рода Candida, Bacteroides, Fusobacterium, Actinomycens.

Выводы: Между поражениями внутренних органов и тканями полости рта существует тесная взаимосвязь. Выраженность проявления патологических процессов в полости рта при сахарном диабете второго типа зависит от степени его компенсации. Основным проявление является патология пародонта, которую часто относят к косвенным признакам сахарного диабета. При сахарном диабете наблюдаются изменения сосудов пародонта, что приводит к диабетической пародонтопатии. Выявление стоматологического статуса создает полную картину гигиенического состояния полости рта и является одним из главных составляющих комплекса лечебно — профилактических мероприятий.