МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ МОЛОДИХ МЕДИКІВ ТЕРНОПІЛЛЯ

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY
ASSOCIATION OF YOUNG MEDICAL PROFESSIONALS
OF TERNOPIL REGION

«XVI МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ»

ПРИСВЯЧЕНИЙ 55-РІЧЧЮ
ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

«THE 16th INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS»

23 - 25 квітня 2012
April 23-25, 2012

ТЕРНОПІЛЬ
УКРМЕДКНИГА

Климчук Оксана

РИНІТ: ДОСЛІДЖЕННЯ ПИТАННЯ ВИБОРУ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ У СТУДЕНТСЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Науковий керівник: М.В.Грибок
Луцький базовий медичний коледж
м. Луцьк, Україна

Риніт (нежить) — одне з найбільш розповсюджених захворювань на земній кулі. Нежить нерідко супроводжує гострі та хронічні інфекційні захворювання або має хронічний перебіг, пов'язаний з алергією чи вегетативними розладами.

У 1994 році Міжнародний консенсус по ринітах визначив, що ринітом слід вважати захворювання, яке щоденно супроводжується протягом години і більше принаймні двома з перелічених симптомів: виділення з носа (ринорея), закладеність, чхання, свербіння в носі. Це захворювання уражає людей будь-якого віку.

Для дослідження питання вибору засобів лікування ми проводили анкетування студентів I-IV курсів Луцького базового медичного коледжу. Всього було опитано 198 респондентів. Ми з'ясували, що практично кожен (95%) з опитаних хоча б раз в житті мав симптоми риніту і застосовував препарати для лікування.

Ми запропонували студентам усіх курсів відповісти на запитання анкети для з'ясування мотивів вибору лікарських засобів при нежиті. Так, студенти перших курсів (73%) при виборі лікарських засобів спираються на поради родичів та сусідів, 10% опитаних роблять свій вибір завдяки рекламі, 10% респондентів звертаються до працівників аптеки і тільки 7% прислухаються до порад лікаря. У той же час жоден із студентів старших курсів не звертає увагу на рекламу, 65% студентів звертається до лікаря (викладача), 20% черпає інформацію з Інтернет-джерела та 15% перед використанням препаратів ознайомлюються з інформацією з довідників.

Такі відповіді дають підстави стверджувати, що з вивченням фундаментальних та клінічних дисциплін збільшується відповідальне ставлення студентів до свого здоров'я та більше уваги приділяється застосуванню медикаментозних речовин.

Кобченко Наталия, Соколова Ирина

МИКРОФЛОРА ЗУБНОГО НАЛЕТА – ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Кафедра стоматологии
Научный руководитель: д-р.мед.наук, проф. Соколова И.И.
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

Раньше считали, что болезни пародонта ни в детском, ни в юношеском возрасте не возникают. По мнению Канторовича (1925), пародонтоз (пародонтит) до 18 лет не наблюдается, даже при особенно неблагоприятных общих и местных условиях, и до 30-летнего возраста встречается очень редко.

В настоящее время целый ряд наблюдений подтверждает, что все формы заболеваний пародонта могут встречаться уже в детском возрасте. По данным ряда авторов (Даниленко Г.М., 2001, Валеева Є.Р. 2003, Бирюкова Н.А. 2006 и др.), ведущая роль в развитии заболеваний пародонта принадлежит микрофлоре зубной бляшки, зубного налета, которая представлена преимущественно грамотрицательными и грамположительными кокками, облигатными и факультативными анаэробами, актиномицетами, простейшими, фузобактериями, дрожжевыми грибами, спириллами, спирохетами, бактероидами и др.

Образование зубного налета в большом количестве наблюдается, с одной стороны, при плохой гигиене полости рта или ее отсутствии (Артюшкевич А.С., 2006; Баранов А.А., 2003). С другой стороны, образование обильного налета и зубной бляшки связано с нарушением механизмов естественного самоочищения, которое может быть обусловлено рядом факторов (Беляева Н.Н., 2001; Кружалова О.А., 2000 и др.), возникающих в полости рта у ребенка: гипосаливация или вязкая слюна; травматическая окклюзия, которая наблюдается при скученности зубов, аномалиях прикуса в разных плоскостях, неправильно проводимом ортодонтическом лечении, раннем удалении молочных моляров, что приводит к перегрузке постоянных резцов; аномалии строения и прикрепления уздечек губ и языка, мелкое преддверие полости рта; нарушение функций жевания (ленивое или жевание на одной стороне), глотания (инфантильный тип), дыхания (ротовое, смешанный тип); вредные привычки; хроническая травма пародонта разрушенными зубами, неправильно наложенными пломбами, деталями ортодонтических аппаратов, при самоповреждениях подростками пародонта ногтями, ручками, заколками и т.д.; недостаточная нагрузка жевательного аппарата, связанная с преобладанием в рационе тщательно обработанной мягкой пищи.

Мировой опыт и научные исследования убедительно доказали, что только целеустремленная, эффективная профилактическая программа может существенно повлиять на снижение уровня стоматологической заболеваемости (Косенко К. Н., 1981; Кунец Т. В., 1998; Деньга О. В., 1999; Скульская С. В., 2001).