

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



концентрації клітинної РНК практично до тих же рівнів, що й в контрольних шурів за даного втручання. Зросли також показники дисперсії розподілу РНК. Проте, беручи до уваги, що це зростання мало місце на тлі вишого, ніж у контрольних тварин, вмісту РНК у клітинах, можна думати про нижчу реактивність клітин тимуса до ішемії-реперфузії за умов ЦД.

Аналіз змін досліджених показників у лімфоцитах мозкової зони тимуса показав дещо іншу картину. Якщо досліджені параметри реакції РНК усіх класів тимоцитів на ішемію-реперфузію головного мозку в контрольних шурів нагадували такі в кірковій зоні, то ЦД призвів до зниження сумарного вмісту та концентрації клітинної РНК в усіх класах незмінених тимоцитів, за винятком лімфобластів, де змін вмісту РНК не виявлено. Концентрація РНК зменшилася також у деструктивних великих та середніх тимоцитах. Незважаючи на нижчі вихідні показники у тварин із діабетом, ішемія-реперфузія головного мозку спричинила зростання вмісту РНК в усіх класах незмінених та деструктивних клітин практично до показників, що мали місце за подібного втручання в контрольних шурів. Отже, сукупний аналіз результатів впливу ЦД та каротидної ішемії-реперфузії на вміст РНК у тимоцитах свідчить, що зміни досліджених показників у кірковій зоні не залежать від характеру втручання, а отже, носять неспецифічний характер. У той же час, у мозковій зоні тимуса ефекти ЦД та ішемії-реперфузії на вміст РНК різноспрямовані.

Враховуючи, що саме тут відбувається формування автотолерантності, можна думати про неоднотипність автоімунних реакцій, спричинених діабетом та ішемією-реперфузією головного мозку. З іншого боку, причиною такої різниці може бути відмінність у строках спостереження (чотиримісячний ЦД та 12-денний термін після каротидної ішемії), однак вирішення цього питання потребує додаткових досліджень.

Отже, у кірковій зоні тимуса чотиримісячний цукровий діабет та ішемічно-реперфузійне пошкодження головного мозку в контрольних шурів і тварин із цукровим діабетом посилюють синтез РНК в лімфобластах, великих, середніх та малих тимоцитах. Цукровий діабет знижує вміст клітинної РНК у тимоцитах мозкової зони. Ішемія-реперфузія головного мозку підвищує вміст РНК в усіх класах тимоцитів даної зони контрольних шурів та тварин із цукровим діабетом.

СЕКЦІЯ 13

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ

Бамбуляк А.В., Ткачик С.В.

ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ВЗАЄМВІДНОШЕННЯ ЛОБОВИХ ПАЗУХ ІЗ СУМІЖНИМИ СТРУКТУРАМИ У ГРУДНОМУ ВІЦІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

З моменту народження і першого вдиху дитини розпочинається новий період онтогенезу організму людини. Він характеризується в першу чергу пристосуванням до нового середовища існування та подальшим розвитком органів і систем.

Дослідження становлення і топографо-анатомічних взаємовідношень лобових пазух із суміжними структурами впродовж грудного віку (10 днів – один рік) показало, що просвіт середніх носових ходів дорівнює 2,6±0,1 мм, глибина – 6,2±0,13 мм. Довжина півмісяцевих розтворів не перевищує 8,4±0,13 мм.

Решітчасті пухирі мають 6,0±0,13 мм довжини та 2,6±0,1 мм ширини. Довжина гачкоподібних відростків дорівнює 8,0±0,13 мм, ширина – 2,0±0,1 мм. Вони розташовані косо і донизу в передньозадньому напрямку. Вхід у лобові пазухи знаходиться в ділянці півмісяцевих розтворів. Позаду них знаходяться отвори верхньощелепних пазух.

Ріст лобових пазух продовжується доверху і присередньо до луски лобової кістки. Лобові пазухи дещо більше випинаються доверху на 2,0-2,7 мм, але знаходяться ще на стадії становлення. Вони на всіх досліджених препаратах розміщені вище надочного краю. Вертикальний розмір їх становить 3,0-4,0 мм, поперечний – 2,0-2,6 мм, передньозадній – 10,0-12,5 мм. Від нижнього і середнього носових ходів пазухи розміщені на відстані 3,5-3,6 мм від медіальної стінки очної ямки – 2,0-2,1 мм. Випинання лобової пазухи на досліджених препаратах збільшилося і дорівнює 2,6±0,05 мм. Форма їх наближається до овальної. Нижня стінка пазухи вузька. Присередня її стінка відповідає верхньому носовому ходу і представлена дуплікатурою слизової оболонки. Вона межує із заднім краєм носо-сльозового каналу. Разом з тим, процес становлення пазух продовжується.

Слизова оболонка має товщину 0,5-0,65 мм. Пазухи вкриті високим багаторядним циліндричним епітелієм, в якому добре виражені війки. Ядра його клітин утворюють 3-4 ряди. Товщина епітелію дорівнює 36-40 мкм. Топографічно найбільш поверхнево знаходяться слизові залози та дрібна сітка судин. У зв'язку з пневматизацією лобових пазух спостерігається формування їх слизових залоз. Виявляються уже складні трубчато-альвеолярні залози. Залози субепітеліального шару слизової оболонки пазух розташовані окремими рядами.

Найбільша концентрація залоз спостерігається на присередній стінці пазухи, особливо в місцях отвору пазухи, які межують із залозами слизової оболонки середнього носового ходу. Рентгенографічно в передній проекції пазухи у дітей грудного віку мають грушоподібну форму.



Батіг В.М., Солтис О.М.

ВИКОРИСТАННЯ СКЛОВОЛОКОННИХ ШТИФТІВ ПРИ РЕСТАВРАЦІЇ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ ЕНДОДОНТИЧНО ЛІКОВАНИХ ЗУБІВ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ

*Кафедра терапевтичної стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Розповсюдженість дефектів коронкової частини зуба внаслідок карієсу, некаріозних уражень та травматичних пошкоджень зубів серед дорослого населення останніми роками має тенденцію до зростання. Зокрема часто зустрічаються випадки значного руйнування коронкової частини зуба при збереженні здорового кореня та не ураженого патологічним процесом періодонта. В таких ситуаціях використання внутрішньоканальних конструкцій дозволяє відновити жувальну функцію на тривалий час, найбільш фізіологічно розподілити навантаження під час прийому їжі, уникнути або послабити патологічні зміни у зубощелепному апараті, при цьому не включаючи у конструкцію поруч розташовані інтактні зуби, тим самим не порушуючи їхню цілісність та естетику.

Мета дослідження - покращення естетичних та функціональних якостей відновлення значно зруйнованої коронкової частини ендодонтично лікованих зубів фронтальної групи з використанням внутрішньоканальних скловолоконних штифтів.

Оглянуто 61 пацієнт віком від 18 до 58 років, які звернулися на кафедру терапевтичної стоматології Буковинського державного медичного університету зі скаргами на естетичний дефект у фронтальній ділянці. Серед обстежених пацієнтів жінок - 34, чоловіків – 27, що у відсотковому співвідношенні відповідно становить 55,74 і 44,26 %.

Клінічне обстеження пацієнтів проводилося за класичними методиками і полягало у детальному зборі скарг, анамнестичних даних, зовнішньому обстеженні та об'єктивному дослідженні зубо-щелепно-лицевої ділянки, був визначений колір зубів, стан прикусу, стан гігієни порожнини рота за допомогою індексу гігієни ОНІ-S (індекс Green-Vermillion) та Федорової – Володкіної, індекси РМА. Отримані дані фіксувалися в медичній карті стоматологічного хворого, затвердженій МОЗ України за формою № 043/0. З метою визначення стану кісткової інфраструктури та стану тканин пародонта проводили радіовізіографічне обстеження зубів, що підлягали реставрації. Був врахований об'єм дефекту, залишок твердих тканин опорних зубів після препарування, стан зубів-антагоністів, стан прикусу та ін.

Відновлення коронкової частини ендодонтично лікованих зубів фронтальної групи виконували з використанням внутрішньоканальних скловолоконних штифтів RelyX™FiberPost фірми 3MESPE та системи Core&Postsystem фірми Detsply з дотриманням рекомендацій фірм-виробників.

Оцінка використання скловолоконних штифтів при реставрації коронкової частини зубів проводилося на основі рентгенологічного контролю одразу після встановлення та через 6 місяців.

Після визначення стоматологічного статусу пацієнтів було встановлено: у 16% обстежених пацієнтів було діагностовано гострий обмежений пульпіт, у 18% - гострий дифузний пульпіт, у 15% - хронічний фіброзний пульпіт, у 9% - хронічний гіпертрофічний пульпіт, у 11% - хронічний гангренозний пульпіт, у 18% - хронічний фіброзний періодонтит, у 13% - хронічний гранулюючий періодонтит. Після ендодонтичного лікування та встановлення скловолоконного штифта було проведено радіовізіографічне обстеження, яке не виявило дефектів прилягання внутрішньоканальної конструкції до стінок кореня зуба.

Таким чином, внутрішньоканальні скловолоконні штифти RelyX™FiberPost фірми 3MESPE та система Core&Postsystem фірми Detsply показали хороші результати в плані прилягання до стінок кореня відновлених зубів, а також відмінні естетичні результати.

Бернік Н.В., Олійник І.Ю.*

МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПІД'ЯЗИКОВИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ НА 4 – 5 МІСЯЦЯХ ПРЕНАТАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Кафедра патологічної анатомії*
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Враховуючи надзвичайну значимість для практичної медицини проблеми зниження перинатальної захворюваності та смертності, неможливість її вирішення без поглибленого вивчення періодів ембріогенезу і раннього фетогенезу, які в більшості визначають подальший розвиток плода та новонародженого, нами була опублікована низка робіт [Олійник І.Ю., Бернік Н.В., 2012-2014] з висвітлення певних закономірностей пренатального морфогенезу і становлення топографії під'язикової слинної залози (ПЯСЗ) у зародків та передплідів людини. Продовженням цих досліджень є дослідження морфологічних та антропометричних особливостей ПЯСЗ людини впродовж плодового періоду пренатального онтогенезу.

Метою дослідження було вивчити вікову динаміку змін морфологічних та антропометричних характеристик ПЯСЗ людини у плодів 4–5 місяців внутрішньоутробного розвитку (ВУР).

Досліджено 15 препаратів плодів людини 4–5 місяців ВУР; 81,0–185,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД). Вік об'єктів визначали за зведеними таблицями Б.М. Пэттенна (1959), Б.П. Хватова, Ю.Н. Шаловалова (1969). Застосовували методи макроскопії, мікроскопії серій послідовних гістологічних і топографо-



анатомічних зрізів, графічного та пластичного реконструювання, тонкого препарування під контролем бінокулярної лупи, морфометрії.

Встановлено, що на цьому етапі розвитку форма і будова ротової порожнини не відрізняються суттєво від таких у передплідів 56, 0–79,0 мм ТКД. Зачаток ПЯСЗ представлений системою проток з дистальними утвореннями округлої форми, які ми розцінюємо як початковий етап формування кінцевих секреторних відділів (ацинусів) залози. Встановлено, що у даній віковій групі спостережень велика під'язикова протока ПЯСЗ у переважній більшості випадків (14 із 15) зливається з піднижньощелепною вивідною протокою, утворюючи спільну вивідну протоку під'язикової та піднижньощелепної слинних залоз. Остання відкривається на дні ротової порожнини в ділянці під'язикового м'яса, де приймає участь у формуванні сосочка язика.

Детальне мікроскопічне дослідження серійних гістологічних зрізів ПЯСЗ плодів людини 4–5 місяців ВУР (81,0–185,0 мм ТКД) дозволяє дійти висновку, що варіанти форми ПЯСЗ людини залежать від кількості самостійних часточок. За наявності великої їхньої кількості повздовжній діаметр залози збільшується і вона стає подібною до витягнутого в довжину еліпсоїда; за меншої кількості часточок – повздовжній діаметр зменшується і ПЯСЗ формою стає наближена до сплюсненого диска тощо. Отже, наряду з типовою, форма ПЯСЗ може бути: куляста, еліпсоподібна, сплюсненого диска.

Антропометричні характеристики (довжина, висота, товщина) ПЯСЗ людини у Пл 4–5 місяців ВУР (81,0–185,0 мм ТКД) представлено в табл.

Таблиця

Антропометричні характеристики ПЯСЗ людини у плодів 4–5 місяців ВУР (81,0–185,0 мм ТКД)

Вік плодів, місяці	ТКД, мм	Під'язикова слинна залоза		
		довжина, мм	висота, мм	товщина, мм
4 місяць	81,0	3,59	3,07	2,83
	82,0	3,80	3,19	2,91
	85,0	3,90	3,23	3,11
	100,0	4,14	3,28	3,12
	105,0	4,20	3,44	3,24
	135,0	4,83	3,70	3,69
M ± m	97,80 ± 8,50	4,08 ± 0,17	3,32 ± 0,09	3,15 ± 0,12
5 місяць	138,0	5,18	3,86	3,95
	141,0	5,30	4,02	4,17
	145,0	5,38	4,34	4,38
	160,0	6,46	4,50	4,63
	164,0	6,44	4,76	4,94
	178,0	6,64	4,58	5,01
	180,0	6,67	4,58	5,08
	185,0	6,80	4,74	5,24
M ± m	162,90 ± 6,54	6,21 ± 0,24	4,45 ± 0,11	4,73 ± 0,16

Отже, впродовж 4–5 місяців ВУР (плоди 81,0–185,0 мм ТКД) вся ПЯСЗ представлена часточками, що з'єднані між собою пухкою сполучною тканиною в одне ціле. Одночасно з основним зачатком ПЯСЗ наявними є зачатки від 4 до 10 самостійних часточок з вивідними протоками, що відкриваються своєрідним "ланцюжком" на слизовій оболонці дна порожнини рота вздовж під'язикової складки (по обидва боки від вуздечки язика). Встановлено, що протоки самостійних часточок ПЯСЗ або піднімаються вгору вертикально, або (що спостерігали частіше) спрямовані похило ззаду-наперед, ззовні-всередину. Особливістю морфологічної та антропометричної характеристики ПЯСЗ людини в даний період пренатального розвитку є генетична здатність до формування самостійних додаткових часточок залози, що мають самостійні вивідні протоки. Злиття секреторних відділів самостійних часточок ПЯСЗ з основною складовою зачатка залози спостерігається наприкінці передплодового – початку плодового періодів пренатального онтогенезу.

Бєлікова Н.І.

ПАРАЛЕЛОМЕРТІЯ, ЯК МЕТОД ВИБОРУ ПРИ ШИНУВАННІ РУХОМИХ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ

Кафедра ортопедичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Патологічна рухомість зубів - один із провідних симптомів дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта, на які страждає від 80-95% населення у віці старше 35 років. Досягти ремісії патологічного процесу без стабілізації рухомих зубів неможливо. З метою збереження зубів і їх функції застосовують різні види шинування. Досить багатий вибір шин і способів шинування не забезпечує тривалий термін користування шинами. При шинуванні зубів з ураженим пародонтом роль паралелометрії має велике значення, так як збільшуються зміщення і непаралельність рухомих зубів.



З цією метою нами проведено аналіз ортодонтичної патології та наявності травматичної оклюзії у пацієнтів з генералізованим пародонтитом, які потребували адгезивного шинування і як метод вибору запропонована паралелометрія.

Нами встановлено, що у 82,7% осіб були запально-дистрофічні зміни тканин пародонта серед 81 пацієнта 30-49 років при активному зверненні. У 80,2% хворих були скарги на рухомість зубів. Рухомість зубів I-II ступеня констатована у 43,2% пацієнтів, II ступеня – у 20,98%, III ступеня – у 35,8%. Отже із подальшого обстеження вилучена група хворих із патологічною рухомістю III ступеня. Шинування проведено 52 пацієнтам з генералізованим пародонтитом середнього ступеня тяжкості.

У 54,2% обстежених була виявлена ортодонтична патологія: зміни положення окремих зубів – у 65,43%, наявність трем – у 28,39%, наявність діастеми – у 16,04%, скупченість зубів нижньої щелепи – у 14,81%, віялоподібне розходження зубів на верхній щелепі – у 8,65%, у 95,06% хворих - ознаки травматичної оклюзії. Також, діагностовано різні види патологічних прикусів: у 25,92% - глибокий, у 19,75% - дистальний, у 6,17% - медіальний, у 2,46% - перехресний. Це потребувало проведення предортопедичної підготовки, а виготовлення шин – вивчення моделей у паралелометрії.

Для діагностики наявних супраконтактів використано метод оклюзіографії. При виготовленні шин на передні зуби нижньої щелепи, що мають вестибулярний нахил, необхідне ретельне вивчення діагностичних моделей в оклюдаторі, а також їх попередня паралелометрія. В іншому разі їх виготовлення пов'язане з помилками. Причиною їх є високе розташування лінії огляду на вестибулярній поверхні передніх зубів, тобто майже біля ріжучого краю. У зв'язку з цим умови для накладання адгезивної шини різко погіршуються через відсутність місця на опорній частині зубів з вестибулярного боку.

За допомогою відповідного нахилу моделі можна легко збільшити опорну зону. При плануванні розміщення шини на вестибулярній поверхні здійснювали задній нахил моделі, при язиковому – передній (вестибулярний). Отже, завдяки попередньому вивченню діагностичних моделей в паралелометрії вибирався найбільш оптимальний шлях накладання і розміщення армуючого елемента адгезивної шини з використанням традиційної методики (оральне шинування) або власної методики шинування.

Так, при прямому прикусі і резорбції кістки до ¼ висоти (за даними ретенографії) вибирався задній нахил моделі і армуючий елемент адгезивної шини розміщувався на нижній щелепі на вестибулярній поверхні. При прогенічному (мезіальному) або прогнатичному (дистальному) прикусі для планування шинування фронтальних зубів також вибирався задній нахил моделі, що звільняло для ретельного огляду вестибулярну поверхню зубів для розміщення армуючого елемента з вестибулярного боку. Кривизна ретенційної лінії залежала від ступеня резорбції альвеолярного відростка та рухомості зубів. Внаслідок нерівномірної рухомості зубів ретенційна зона проходила високо, майже на рівні ріжучого краю різців, і опускала якомога нижче в ділянці іклів (що в окремих випадках і зумовлювало їх депульпування). При глибокому різцевому перекритті зубів внаслідок відсутності місця на вестибулярній поверхні фронтальних зубів вибирали передній нахил моделі з перенесенням армуючого елемента АШ на язикову поверхню.

Аналізуючи варіант ортогнатичного прикусу або ортогнатичного перекриття, ми зіштовхнулися з проблемою неможливості чи утрудненнь при накладанні шини на вестибулярній поверхні зубів НЦ. Ситуація була подібна до глибокого різцевого перекриття. Це призводило до того, що, навіть при позитивній мотивації пацієнтів, армуючий елемент на зубах НЦ доводилося розміщувати на язиковій поверхні.

Недоліком розміщення армуючого елемента на язиковій поверхні при скупченості різців було те, що після накладання шини і проведення її міжапроксимальної адаптації зміна положення зубів не корегувалася. Навпаки, при накладанні АШ на вестибулярній поверхні за допомогою реставрації можна було повністю відновити первинне положення зубів і закріпити його на тривалий час.

Будаєв Ю.В., Ваколюк О.Б., Костенюк С.В.

МОЖЛИВІ ФАКТОРИ РЕТЕНЦІЇ ТА ДИСТОПІЇ ІКОЛ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Лікування ретенції ікол верхньої щелепи залишається актуальною проблемою для клініцистів. У більшості випадків воно включає хірургічне втручання з наступною ортодонтичною витяжкою ретенційного зуба, що часто супроводжується втратою кісткової тканини, резорбцією кореня і ретесією ясен.

Метою даного огляду було вивчення етіології та можливих факторів ретенції ікол. Це дало б змогу розширити показання до ортодонтичного лікування у ранньому віці і знизити витрати в процесі лікування в постійному прикусі. Первинні етіологічні причини зміщення ікол верхньої щелепи включають: недостатність місця; порушення послідовності прорізування зубів; травми; збереження молочних ікол; передчасне закриття коренів; порушення зачатка зуба; локалізовані патологічні зміни (кісти, одонтоми). Довгий шлях прорізування верхньощелепних ікол був описаний С. Мюєрс (1991): «Ікло верхньої щелепи проходить більш важкий і звивистий шлях прорізування, ніж будь-який інший зуб. У віці трьох років він розташовується високо у верхній щелепі, його коронка спрямована мезіально і дещо лінгвально. Він рухається у бік оклюзійної площини, поступово вирівнюється, і в цей час ніби зіштовхується з дистальною стороною кореня бокового різця. Потім він відхиляється в більш вертикальне положення і часто прорізується в порожнині рота з помітним медіальним нахилом».