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

М А Т Е Р І А Л И

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 – ї 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 – ї 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. Іващук 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

Дорубець А.Д.

СТУПІНЬ ПОРУШЕНЬ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ПАЦІЄНТІВ З МАЛИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ

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

Імунна реактивність організму обумовлена функціональною активністю факторів і механізмів неспецифічного протиінфекційного та специфічного імунного захисту. Як при захисних реакціях, так і при імунопатологічних станах імунні механізми тісно пов'язанні з іншими клітинними і гуморальними процесами, що протікають в організмі.

Під нашим спостереженням знаходились 44 пацієнтів з малими дефектами зубних рядів верхньої і нижньої щелепи, яким різними методами були виготовлені незнімні мостоподібні протези. Крім клінічного спеціального і пара клінічного обстеження пацієнтів у них була вивчена загальна імунологічна реактивність організму з встановленням ступеня імунних порушень, який був використаний для розробки терапевтичної тактики для кожного пацієнта.

Процес формування малих дефектів зубних рядів супроводжується збільшенням абсолютної кількості лейкоцитів на 23,90% (I ступінь) за рахунок формування стійкої тенденції до зростання абсолютної кількості гранулоцитарних лейкоцитів на 15,10% (I ступінь), в тому числі – нейтрофільних гранулоцитів – на 15,49% (I ступінь), агранулоцитів – на 42,29% (II ступінь), в т. числі – лімфоцитів – на 50,0% (II ступінь), і моноцитів – на 13,33% (I ступінь). Наведені зміни абсолютної кількості гранулоцитарних та агранулоцитарних імунокомпетентних клітин у перифирійній крові пацієнтів з малими дефектами зубних рядів засвідчують про наявність запального процесу в організмі, що знайшло підтвердження у зростанні на 67,85% ШОЕ (III ступінь), яке стає формуватися, за прискореним типом.

У пацієнтів з малими дефектами зубних рядів імунологічна специфічна реактивність організму на даному етапі не зазнає суттєвих змін. Формування гуморальної і клітинної відповіді знаходяться, з нашої точки зору, на латентній стадії, що не проявляється її ефективність. На даному етапі активуються фактори і механізми неспецефічного протиінфекційного захисту на 67,69% (III ступінь імунних порушень).

Зниження індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів на 97,85% (III ступінь)засвідчує про переважання у протиінфекційному неспецефічному захисті макрофагальної системи, клітини якої знищують пошкоджені і загинувші клітини, беруть участь у процесі еліменації старих еритроцитів та очистки раневої поверхні. Вони сприяють синтезу біологічно активних речовин і формуванню специфічної імунної відповіді (шляхом модифікації антигенів і презентації їх Т- лімфоцитам (TCD4+). Моноцити/макрофаги, що переважають у неспецефічному захисті відіграють важливу роль в ініціації імунної відповіді шляхом захоплення і процесингу антигена, презентації його TCD4+ лімфоцитом і секреції останніми монокіна -1 (IL-1), основного активатора Т- лімфоцитів.Підвищення лімфоцитарного індексу на 52,38% (II ступінь), і зниження лейкоцитарного індексу на 41,35%(I ступінь), засвідчують про перевагу в імунній відповіді клітиної ланки специфічного і неспецифічного імуного захисту в пацієнтів з малими дефектами зубних рядів. Зростання на 58,86%(II ступінь), лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу дозволяє стверджувати про перевагу автоінтоксикації над інфекційною інтоксикацією і формування клітиної імунної відповіді. Це знайшло підтвердження у тенденції до зростання на 15,87% (I ступінь), індексу співвідношення лейкоцитів і ШОЕ. Зниження на 51,82% (I ступінь), індексу зсуву лейкоцитів засвідчує про зниження інтенсивності запального процесу і порушення у формуванні адекватної імунної відповіді.

Зростання на 38,96% (II ступінь), індексу алергізації у пацієнтів з малими дефектами зубних рядів дозволяють припустити про формування гіперчутливості імунної системи до продуктів розпаду тканин після екстракції зубів, а не змінність індексів співвідношення лімфоцитів та еозинофілів, а також індексу співвідношення оезинофілів і лімфоцитів засвідчують про формування гіперчутливості уповільненого типу.

Із 14 імуногематологічних коефіцієнтів та індексів, які характеризують стан імунологічної реактивності організму пацієнтів з малими дефектами зубних рядів, мають різний ступінь імунних порушень. Так, перший ступінь імунних порушень виявлені у 50% пацієнтів. У цих пацієнтів продовжувався моніторинг над імунним статусом організму. Лікування не проводилося. У 26 пацієнтів, в яких встановлений другий ступінь імунних порушень (45,45%), використовували для корекції імунного статусу рослинні імуностимулятори, а у 2 (4,54%), в яких виявлені порушення III ступеня – приміняли імунотропні препарати центральної дії.

Дячук І.І.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ СТІНОК КЛИНОПОДІБНОЇ ПАЗУХИ В ЗРІЛОМУ ВІЦІ

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

Упродовж багатьох років питання анатомії, топографії і функціональних взаємовідношень структур лицевого відділу залишалися відкритими і вирішувалися в міру розвитку технічного прогресу [Макар Б.Г. і співавт., 2013]. Діагностика і лікування захворювань клиноподібної пазухи є більш складним і важчим завданням у порівняні з захворюваннями інших пазух. Має місце недостатня обізнаність спеціалістів із сучасними анатомо-фізіологічними та інструментальними методами їхнього дослідження і лікування [Пальчун

В.Т., 2005]. Збільшення частоти запальних і пухлинних захворювань ЛОР-органів, а також їхніх ускладнень спонукає дослідників до пошуку не тільки нових методів лікування та профілактики патологічних процесів, а й детальнішого вивчення топографо-анатомічних особливостей клиноподібної пазухи.

Метою роботи було з'ясувати вікові зміни в будові і топографо-анатомічному взаємовідношенні стінок клиноподібної пазухи із суміжними утвореннями в зрілому віці людини. Клиноподібна пазуха розташована в тілі клиноподібної кістки, її передньо-задній розмір коливається від 10 мм до 46 мм, ширина – 10-32 мм і висота – 9-34 мм. На всіх препаратах визначалися шість стінок: верхня, нижня, передня, задня, внутрішня та зовнішня. Верхня стінка клиноподібної пазухи утворена основою малих крил клиноподібної кістки і медіально від них розташованими зоровими отворами, які продовжувалися в зорові канали. Найбільшу частину верхньої поверхні зазначеної пазухи утворювало турецьке сідло, на дні якого препарувався гіпофіз, прикритий зверху твердою мозковою оболонкою. Товщина верхньої стінки клиноподібної пазухи складає 3,5±0,56 мм. Нижня стінка клиноподібної пазухи бере участь в утворенні заднього відділу верхньої стінки носової порожнини і склепіння глотки. Її товщина становить 5,0±0,35 мм. На одному препараті (2,5%) товщина стінки не перевищувала 1,8 мм. На бічних краях нижньої стінки виявляються поздовжньо розташовані канали крилоподібних нервів. Передня стінка клиноподібної пазухи також бере участь в утворенні заднього відділу верхньої стінки носової порожнини, вона розташована у фронтальній площині і спрямована зверху донизу. Передня стінка розподілена в сагітальній площині клиноподібним гребенем, який закінчувався на всіх препаратах клиноподібним дзьобом. З боків від гребеня розташовані природні отвори клиноподібних пазух. Відстань від кореня носа до передньої стінки пазухи дорівнює 64,0±0,56 мм. Задня стінка клиноподібної пазухи розташована у фронтальній площині. Вона, навіть при значній пневматизації пазухи, значно товща від іншихстінок і з'єднана з основною частиною потиличної кістки. Товщина її стінки коливалася від 8 мм до 12 мм. На бічних стінках клиноподібної пазухи на всіх досліджених препаратах виражені сонні борозни, в яких розташовані внутрішні сонні артерії і печеристі пазухи. Латерально і знизу від борозен починаються великі крила клиноподібної кістки. Внутрішня стінка (перегородка клиноподібних пазух) поділяє пазуху на дві половини. На 26 препаратах (65%) перегородка розташована в сагітальній площині і рівномірно розділяє порожнину. На 8 препаратах (20%) перегородка відхилена вліво, а на 6 препаратах (15%) вправо. Внаслідок цього значно збільшувалася та чи інша половина клиноподібної пазухи.

Отже, у зрілому віці закінчується ріст клиноподібної пазухи; досліджувана структура має стабільну будову і форму, добре виражені 6 стінок: верхня, нижня, передня, задня, дві бічні стінки, тісно прилягає до комірок решітчастого лабіринту. В окремих випадках пазуха впинається в основну частину потиличної кістки. Відмічається різна форма і величина пазухи: 1 – правобічна пневматизація; 2 – лівобічна пневматизація; 3 – рівномірно виражені; 4 – тригранна форма; 5 – пазуха з випинами; 6 – трапецієподібна форма.

Ішков М.О., Гаманюк Р.М.

РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ ЛІКАРІВ – СТОМАТОЛОГІВ ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

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

Якість стоматологічного лікування в значній мірі залежить від безболісності маніпуляцій, що проводить лікар. Це обумовлено анатомо-фізіологічними особливостями щелепно-лицевої ділянки, значною кількістю больових рецепторів у ротовій порожнині.

Вимоги пацієнтів щодо безболісності лікування у стоматолога в останній час значно зросли. Тому вміння лікаря - стоматолога провести бездоганне знеболення є необхідною умовою якісного стоматологічного лікування. В процесі проведення місцевої анестезії необхідним є дотримання правил асептики, щоб виключити перехресне інфікування пацієнтів.

Для проведення місцевої анестезії в стоматології все ширше використовується карпульні шприци, хоча нерідко також і одноразові пластикові шприци. Одноразові шприци стерилізуються в процесі виробництва, і за умови використання лише для одного пацієнта не існує ризику перехресного інфікування хворих. Металевий карпульний шприц повинен використовуватися лише для одного пацієнта і після цього проходити перед стерилізаційну обробку та стерилізацію, наприклад, автоклавуванням.

За нашими спостереженнями та після спілкування з колегами, було помічено, що далеко не завжди лікарі дотримуються цього правила. Нерідко можна побачити, як місцеву анестезію проводять за допомогою караульного шприца, а потім, замінивши голку та карпулу, проводиться анестезія наступному пацієнту. При цьому лікар вважає, що замінивши карпулу та голку, добився повної стерильності та не ризикує допустити перехресне інфікування пацієнта.

Будова караульного шприца така, що в процесі заміни використаної голки, її внутрішній кінець(той, що знаходився в карпулі і є теоретично інфікованим) виймається через адаптер (головку) шприца. При цьому голка неминуче інфікує адаптер – варто ввести нову стерильну голку через нього, як вона теж неминуче буде інфікованою. Саме тому вимагається обов'язково використовувати тільки стерильний караульний шприц. Нами було вирішено провести дослідження дотримання правил асептики при використанні карпульних шприців лікарями стоматологами.