

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
присвяченої 80-річчю БДМУ  
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

**Чернівці – 2024**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний  
університет, 2024

які перебували на стаціонарному лікуванні в дитячому ендокринологічному відділенні було 65 (з тривалістю до 5 років – 35 осіб (3 група), понад 5 років – 30 осіб (4 група) ). Групи порівняння склали діти без фонові патології зі здоровим пародонтом (22 особи -1 група) та з хронічним катаральним гінгівітом (18 осіб - 2 група).

Визначалися наступні показники: вміст SH-груп за допомогою реактиву Елмана [І.Ф.Мещишен, Н. Григор'єва, 2002];- активність глутатіон-S-трансферази методом Nabig W.H. [1974];- Активність глутатіонредуктази за методом Pinto R.E., Bartley V. [1969];Активність глутатіонпероксидази оцінювали за Могеном В.М. [1986]; активність глюкозо-6-фосфатдегідрогенази згідно [Путілін Ф.Е., Зоїдзе С.Д., 1982], за Гесс, Скарнеллі та Пірс.

**Результати дослідження.** Виявили різницю всіх досліджуваних показників у дітей груп спостереження. Здорові діти з інтактним пародонтом мали результати, які достовірно відрізнялися від показників інших груп дослідження.

Так показник Г-SH зменшувався залежно від стану соматичного здоров'я дітей та стану тканин пародонта. Найнижчий показник виявлено у дітей із цукровим діабетом тривалістю понад 5 років та хронічним катаральним гінгівітом. Він був у 2,18 рази нижчим, ніж у здорових дітей, у 1,55 рази – ніж у соматично здорових дітей з хронічним катаральним гінгівітом, у 1,14 рази – ніж у дітей з хронічним катаральним гінгівітом та цукровим діабетом тривалістю менше 5 років. Діти з цукровим діабетом показник Г-SH має різницю з урахуванням тривалості основного захворювання, але де вони достовірні на відміну показників інших груп дослідження. Таку ж картину спостерігали при вивченні ферментів (глутатіонтрансферази (Г-ST), глутатіонпероксидази (ГП), глутатіонредуктази (ГР), які беруть безпосередню участь у процесах перекисного окислення, пов'язуючи вільні радикали, які ушкоджують на тканині організму людини. У дітей на фоні цукрового діабету показники значно погіршуються при тривалості захворювання понад 5 років порівняно з показниками дітей інших груп, що досліджуються.

Глюкозо-6-фосфатдегідрогеназа підтримує рівень відновленого глутатіону, який є внутрішньоклітинним антиоксидантом. Його зниження сприяє зменшенню показника відновленого глутатіону. Так порівняння показників дітей 1 та 4 групи виявило різницю у 2,86 рази, 2 та 4 групи – у 1,66 рази, 3 та 4 групи - у 1,12 рази.

**Висновки.** Вивчення системи глутатіону ротової рідини дітей показало, що здорові діти з інтактним пародонтом мали результати, які достовірно відрізнялися від інших груп дослідження. У дітей з хронічним катаральним гінгівітом на тлі цукрового діабету показники глюкозо-6-фосфатдегідрогенази, глутатіонпероксидази, глутатіонредуктази, глутатіонтрансферази, відновленого глутатіону значно погіршуються при тривалості основного захворювання більше 5 років у порівнянні з тривалістю до 5 років.

**Даценко М.А.**

## **СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОДЕФІЦИТОМ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕННЯМ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ**

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Системний остеопороз – це захворювання скелетної системи, яке характеризується зниженням маси та якості кісток скелету. Це захворювання може впливати на результати дентальної імплантації, яка на сьогоднішній день є одним з найбільш ефективних методів відновлення втрачених зубів. Планування і проведення хірургічного етапу дентальної імплантації багато в чому залежить від стоматологічного статусу пацієнтів, що потребує ретельного обстеження порожнини рота, і зокрема, твердих тканин зубів та пародонту.

**Мета дослідження.** Проаналізувати стоматологічний статус пацієнтів з остеопорозом, котрі потребують дентальної імплантації.

**Матеріал та методи дослідження.** Дослідження проводилося на базі Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна. У 38 жінок (І група) і 21 чоловіка (ІІ група) з порушенням мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) та у 28 осіб обох статей без порушень МЩКТ (ІІІ група) було проаналізовано індекси КПВ і СРІТН.

**Результати дослідження.** У результаті проведених досліджень встановлено, що інтенсивність карієсу у жінок першої групи була у 1,2 рази та 1,6 рази вище ніж у чоловіків ІІ групи та у осіб без порушень МЩКТ ІІІ група,  $p, p_1 > 0,05$ , відповідно. Привертало увагу, що максимальне значення компоненти індексу КПВ об'єктивізували у осіб І та ІІ груп дослідження –  $7,4 \pm 1,05$  та  $8,0 \pm 1,00$ , відповідно,  $p > 0,05$ . При цьому, у пацієнтів ІІІ групи, без порушень МЩКТ, кількість каріозних порожнин на одного обстеженого була, у середньому у 1,7 рази менше порівняно з даними у осіб І та ІІ груп,  $p, p_1 < 0,01$ . Кількість пломб на одного обстеженого коливалась від  $4,6 \pm 0,60$  та  $4,5 \pm 0,62$  у осіб І та ІІ груп дослідження, відповідно, до  $5,0 \pm 0,63$  у пацієнтів ІІ групи,  $p, p_1 > 0,05$ . Кількість видалених зубів на одного обстеженого у ІІ та ІІІ групах вірогідно не відрізнялись між собою ( $7,2 \pm 0,91$  та  $6,30 \pm 0,87$ , відповідно,  $p_1 > 0,05$ ). При цьому, у жінок І групи кількість видалених зубів на одного обстеженого була у 1,6 рази та у 1,9 рази вище ніж у осіб ІІ та ІІІ груп, відповідно,  $p, p_1 < 0,01$ .

Максимальну кількість уражених секстантів на одного обстеженого, за індексом СРІТН, досліджували у осіб жіночої ( $5,02 \pm 0,25$ ) та чоловічої ( $5,71 \pm 0,28$ ) статті,  $p > 0,05$ . При цьому, у пацієнтів без порушень МЩКТ виявляли  $3,75 \pm 0,19$  секстантів на одного обстеженого, що було, у середньому, у 1,43 рази менше порівняно з даними у досліджуваних І та ІІ груп,  $p, p_1 < 0,01$ . Аналіз захворювань пародонта за кодами СРІТН показав, що у ІІІ групі відсутність запалення визначали у 4,8 рази частіше ніж у осіб І та ІІ груп з порушенням МЩКТ. Кровоточивість ясен складала  $1,46 \pm 0,29$  секстанта у осіб І групи та  $1,83 \pm 0,36$  секстанта у ІІ групі,  $p > 0,05$ , проти  $0,95 \pm 0,19$  у пацієнтів ІІІ групи,  $p > 0,05$ ,  $p_1 < 0,05$ . Над- і під'ясенний зубний камінь у пацієнтів І та ІІ груп складав  $2,48 \pm 0,49$  секстанта та  $2,52 \pm 0,50$  секстанта,  $p > 0,05$ , відповідно, що було вірогідно вище стосовно даних у обстежених ІІІ групи –  $0,23 \pm 0,04$  секстанта,  $p, p_1 < 0,01$ . На частку пародонтальних кишень 4-5 мм. припадало  $0,56 \pm 0,11$  секстанта у жінок І та  $0,93 \pm 0,18$  секстанта у чоловіків ІІ групи. При цьому, у осіб ІІІ групи виявляли  $0,25 \pm 0,05$  секстанта по даному коду, що було вірогідно нижче порівняно з даними у І та ІІ групах відповідно,  $p < 0,05$ ,  $p_1 < 0,01$ .

**Висновки.** Отже, у результаті проведених досліджень встановлено, що остеопороз, як системне захворювання, обумовлює і впливає на розвиток стоматологічної захворюваності, що підтверджено більш високою інтенсивністю карієсу у осіб обох статей з остеопорозом з превалюванням зубів уражених карієсом і кількістю видалених зубів. Остеопоротичні зміни, ймовірно, впливають на перебіг та інтенсивність захворювань тканин пародонта, що підкреслювалось більшою кількістю уражених секстантів за індексом СРІТН у осіб І та ІІ груп дослідження.

Дрозда І.І.

## СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА, КИСЛОТСТІЙКІСТЬ ЕМАЛІ ЗУБІВ ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ГІГІЄНІЧНИМ ВИХОВАННЯМ У ПІДЛІТКІВ 15-18 РОКІВ

*Кафедра терапевтичної стоматології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Провідна роль у виникненні карієсу належить карієсогенним мікроорганізмам порожнини рота, які накопичуються в зубних нашаруваннях.

**Мета дослідження.** Вивчення стану гігієни порожнини рота, кислотостійкості емалі з урахуванням знань та умінь стосовно гігієни порожнини рота у підлітків 15-18 років, які навчаються в різних закладах освіти.

**Матеріали і методи дослідження.** Вивчення стану гігієни порожнини рота, кислотостійкості емалі проводили у 540 підлітків віком від 15 до 18 років, які навчалися в школі (107 осіб), коледжі (317 осіб), університеті (116 осіб) в місті Чернівці.