



Матеріали 97-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу ВДНЗУ «БДМУ»

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 р.





РМА після лікування склав 22,8±0,60%, тобто вираженість запальних явищ після застосування ополіскувача, у складі комплексного лікування зменшилась у 2,1 рази.

Таким чином, перебіг хронічного гінгівіту в хворих 20-30 ти років супроводжується низьким рівнем гігієни порожнини рота внаслідок несформованості й недотримання навичок регулярного гігієнічного догляду. Тому комплекс лікувально-профілактичних заходів повинен ураховувати необхідність навчання та моніторингу дотримання раціональної гігієни порожнини рота, індивідуалізований вибір засобів гігієни, проведення професійної гігієни. Включення до складу комплексу лікувально-профілактичних заходів ополіскувача у формі ротових ванночок упродовж перших 10-ти днів лікування сприяє тривалій нормалізації стану гігієни порожнини рота та зменшенню проявів запалення у тканинах ясен.

Кузняк Н.Б., Дроник І.І.

ВИЗНАЧЕННЯ ЛОКАЛЬНОГО ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

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

В структурі стоматологічних захворювань хронічний генералізований пародонтит займає одне із провідних місць. Цьому сприяє довготривалість лікування та часті загострення запального процесу. Гнійне запалення в тканинах пародонту у хворих на хронічний генералізований пародонтит розвивається внаслідок лії мікс-інфекції та зниженні імунних механізмів захисту пародонта. Як відомо, гнійне запалення супроводжується активацією лімфоцитів та макрофагів у місці ураження. Це сприяє виділенню клітинами біологічно активних речовин, зокрема, цитокінів, що формують запальну та імунну відповідь організму, однак, відомості про регуляторну роль протизапальних цитокінів, в першу чергу ІЛ-4, у хворих на хронічний генералізований пародонтит з гнійними вогнищами в тканинах пародонта, в літературі відсутні.

Метою роботи було вивчення локального цитокінового статусу у хворих на хронічний генералізований пародонтит та визначення домінуючих імунних порушень, що мають значення для високого рівня ризику формування гнійного вогнища в тканинах пародонту.

Досліджено 48 хворих на хронічний генералізований пародонтит І-ІІ ступеня важкості. В І групу увійшли 22 пацієнти з гнійними виділеннями з пародонтальних кишень, серед них 14 жінок та 8 чоловіків. В цій групі І ступінь важкості визначався у 6 хворих та ІІ-у 16. В ІІ групу входило 26 пацієнтів, в яких на момент дослідження та в анамнезі гнійних виділень з пародонтальних кишень не спостерігалось. І ступінь важкості хронічного генералізованого пародонтиту був наявний у 7 хворих та ІІ-у 19 пацієнтів. Контрольну групу склали 22 практично здорових досліджуваних, з інтактними зубами та тканинами пародонта. Концентрацію ІЛ-1b, ФІП-а та ІЛ-4 в змішаній пестимульованій слині, визначали шляхом твердо фазного імуноферментного аналізу з допомогою реагентів ТОО «Цитокін».

Проведене дослідження основних цитокінів, в секреті ротової рідини, та подальший аналіз результатів показали, що у пацієнтів І та ІІ груп спостерігались спільні закономірності змін прозапальних інтерлейкінів. При вивченні індивідуальних показників встановлено, що у представників 2-х груп рівень прозапальних цитокінів був значно вищий порівняно з показниками здорових добровольців. У пацієнтів з гнійними виділеннями з пародонтальних кишень рівень ІЛ-1b підвищувався в 4,5 рази та ФІП-а в 3,1 рази, порівняно з нормою. Подібна тенденція визначалась і у хворих без гнійних виділень з пародонтальних кишень. Концентрація прозапальних цитокінів наростала відповідно в 2,3-2,4 рази. В ході досліджень було встановлено, що підвищена експресія прозапальних цитокінів у хворих без гнійних виділень з пародонтальних кишень асоціювалась з певним підвищенням в слині рівня ІЛ-4, а у хворих з гнійними виділеннями рівень ІЛ-4 навпаки виявився нижчим та відрізнявся від нормальних значень. Таким чином параметри ІЛ-4 виявились досить чутливим показником при оцінюванні власне проявів захворювання.

Отже, у хворих на хронічний генералізований пародонтит в період прояву гнійно-запальних ускладнень в пародонті мають місце імунні дисфункції, що характеризуються підвищеним рівнем гіперпродукції прозапальних цитокінів (ІЛ-1b та ФІП-а) та маловираженою тенденцією до накопичення вмісту ІЛ-4. Знижений рівень ІЛ-4 в слині може слугувати діагностичним критерієм гнійно-запального процесу в тканинах пародонта.

Кузняк Н.Б., Паліс С.Ю.

ЗАЛОЗИСТО-ОДОНТОГЕННІ КІСТИ ЩЕЛЕП

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

Кісти щелеп – одна з найпоширеніших патологій серед захворювань щелепно-лицевої ділянки. Серед операцій, виконаних хірургами-стоматологами в амбулаторних умовах, операції з приводу одонтогенних кіст щелеп займають одне з перших місць після операції видалення зуба, а серед пацієнтів, що поступають в стоматологічні стаціонари, хворі з одонтогенними кістами складають біля 8%. Але інколи після операції кістектомії та патологоанатомічного дослідження хірург-стоматолог отримує досить неочікувані результати, коли внутрішньокісткові пухлини та кісти містять тканину слинних залоз.



Так, в 1984 р. на Міжнародній конференції асоціації патологоанатомів темою обговорення стали кісти, які одночасно несли в собі ознаки як одонтогенних кіст, так і слинних залоз. Вперше така кіста була названа сіало-одонтогенною Padayachec S. і Van Wyk A. в 1987 році. В подальшому Гарнер В. із співавт. (1988) описали її як «залозиста одонтогенна кіста» (ЗОК). Дані кісти є рідкісним захворюванням. Дані з архіву відділення щелепної патології Університету Witwatersrand (Південна Африканська республіка), за період з 1992 по 2004 р.р. зареєстровано лише 6 випадків даної кісти із 3498 спостережень щелепних кіст (0,2%). Jones D. (2006) з колегами за 30-річний період, виявили 11 випадків з 7121 кіст щелеп (0,2%). На сьогоднішній день описано більше 100 випадків даної патології.

Нами було описано два випадки: випадок залозисто-одонтогенної кісти фронтального відділу нижньої щелепи ми спостерігали у пацієнта 43 років на базі Чернівцької ОКЛ в 2013 році. Помірпо-диференційована аденокарцинома верхньої щелепи справа діагностована у хворої 55 років на базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова в 2008 році. В обох випадках попереднім діагнозом була «одонтогенна кіста» та проведена операція «кістектомія» під місцевим знеболенням. При патогістологічному дослідженні в обох випадках були виявлені залозисті структури (слинні залози).

Причини появи залозистого епітелію в щелепах зазвичай не обговорюють. Але професором С.М. Шуваловим (2014) зроблено припущення, що в період ембріонального розвитку щелеп в оптогенезі ембріон повторює етапи філогенезу деяких тварин (плазунів, ссавців). Так, збереження залозистого епітелію при формуванні зубів спостерігається у деяких видів плазунів і ссавців. В процесі філогенезу голови відбулось формування ротової порожнини з послідовним розвитком в ній органів спеціального призначення, таких як зуби, язик і ротові залози. І розвиток цих органів тісно пов'язаний між собою. У риб і водних амфібій ротові залози мають саму примітивну будову. В отруйних змій, ящірок та ссавців, таких як свиня, качконіс, щелепзуб, деякі ротові залози серозного типу перетворились в складну трубчасту отрутовидільну залозу, пов'язану з зубами. У людини також при закладці тканин слинних залоз як великих, так і малих залозисті клітини інколи розташовані поза межами їх капсул. Відомо, також, що закладка залозистого епітелію у людини відбувається разом з зубною пластинкою на протязі перших трьох місяців ембріонального розвитку, після чого відбувається його інволюція. Однак, в ряді випадків клітини залишкового епітелію зберігаються і можуть служити основою для розвитку аденокарцином та виявляться в складі еволюційних кіст.

Отже, розвиток зубів безпосередньо пов'язаний з розвитком слинних залоз не лише в оптогенетичному, а й у філогенетичному аспектах; у постнатальному періоді залишки залозистого епітелію є причиною залозисто-одонтогенних кіст; дані клітини залишкового епітелію можуть стати причиною розвитку аденокарцином та центральної мукоепідермоїдних карцином щелеп.

Кузняк Н.Б., Трифаненко С.І., Бойчук І.Т.

ЛІКУВАННЯ АЛЬВЕОЛІТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ МІСЦЕВОЇ СОРБЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

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

Профілактика та лікування післяопераційних гнійно-запальних процесів залишаються актуальними питаннями для сучасної хірургічної стоматології. Ці проблеми пояснюються тенденцією до зростання кількості ускладнень після типового і атипового видалення зубів, зокрема, та терміном загоєння післяекстракційної рани. Одним з найчастіших післяопераційних ускладнень при видаленні зубів є альвеоліт. Особливо важливе значення має лікування гнійно-некротичних і некротичних альвеолітів, які при неадекватному лікуванні ускладнюються остеомієлітом лупки. Серед лікарських засобів, що застосовуються при місцевому лікуванні післяекстракційних ран, предметом нашого подальшого дослідження був препарат «Целоформ», що є біосумісним матеріалом та володіє не тільки достатнім сорбційним рівнем, але і дренажним ефектом, має виражену бактерицидну, протизапальну, знеболюючу, протинабрякову дію і створює в лунці оптимальні умови для активного перебігу репаративних процесів.

Даний сорбент отриманий шляхом компресійного впливу на бавовняне волокно (хірургічна вата) до розмірів 20-50 мкм і являє собою напівпрозорі голки з дуже гострими косо зрізаними краями. Такі голки мають хороше зчеплення з мембранними поверхнями клітин, як мікроорганізмів, так і тканин людини, легко утримують не тільки воду, але й елементи крові і лімфи і саме за рахунок цього добре фіксується в лунці.

Хворих на альвеоліт було поділено на дві групи. В основній групі (22 чоловік) проводилося лікування із використанням протиальвеолітної активної пов'язки препаратом «Целоформ», а саме ревізія, медикаментозна обробка комірки зуба, та подальше введення в післяекстракційну рану сорбенту «Целоформ», а в контрольній групі (20 чоловік) – лікування тільки традиційними методами.

Проведений аналіз клінічних та лабораторних показників ефективності лікування встановив, що застосування протиальвеолітної активної пов'язки сприяло вірогідно швидшому зниженню показника лейкоцитозу в загальному аналізі крові, зниженню показників загальної інтоксикації – молекул середньої маси та індексу еритроцитарної інтоксикації.

Аналіз мікробіологічного дослідження рани, який проводився на початку та на третю добу лікування, виявив значне зниження обсіменіння лунк зубів аеробної та факультативної мікрофлори порожнини рота під впливом протиальвеолітної активної пов'язки, що сприяло ефективнішому лікуванню запального процесу в лунці видаленого зуба і було підтверджено клінічними дослідженнями.



У всіх пацієнтів осовної групи вже на наступний день відмічалось зменшення болювого синдрому. При місцевому огляді відмічалось зменшення запальних явищ, лунка була заповнена згустком з «Целоформа», просоченим тканинною рідиною. Потім відбувалося поступове заміщення «Целоформа» грануляціями, починаючи з 5-ї доби, а на 5-6-у добу починалася епітелізація лунки.

У хворих контрольної групи біль і запальні явища стихали тільки на 3-4 добу, очищення лунки відбувалося на 3-4 добу, поява перших грануляцій спостерігалось на 6-7 добу, початок епітелізації – на 8-9 добу. При цьому терміни лікування хворих осовної групи, порівняно з контрольною, зкоротилися в середньому на 3-4 дні.

Досвід застосування «Целоформа» в якості місцевого засобу лікування альвсоліту показав, що він є відносно педорогим, біосумісним матеріалом та володіє достатнім рівнем не тільки сорбційної, але і дрепуючої здатності, має виражену бактеріцидну, протизапальну, знеболіючу, протинабрякову дію і створює в лунці оптимальні умови для активного перебігу репаративних процесів.

Кузник Н.Б., Шостенко А.А.

ЗМІНА ПАРАМЕТРІВ СЕКРЕТОРНОГО ІМУНІТЕТУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З РІЗНИМИ ПРОЯВАМИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ ПІД ВПЛИВОМ ІМУНОКОРЕГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ

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

В процесі розвитку генералізованого катарального гінгівіту провідним етіологічним фактором виникнення захворювання є дефіцит секреторного імунітету. Для підвищення ефективності базового лікування генералізованого катарального гінгівіту необхідно застосовувати більш ефективні методи терапії, перспективним є використання сучасних протизапальних та імуномодуючих засобів, що діють безпосередньо на слизову оболонку порожнини рота.

Метою дослідження було охарактеризувати особливості впливу етапної комплексної терапії з використанням імуномодуючого препарату «Лікопід» на клініко-лабораторні показники захворювання.

Клініко-лабораторні дослідження проведено у 56 хворих віком від 19 до 31 року. В 1 групу ввійшли 20 хворих з хронічним перебігом захворювання, в 2 групу – 28 хворих із загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту. Контрольну групу склали 18 практично здорових пацієнтів з інтактними зубами та пародонтом, у яких вивчалися фактори секреторного імунітету.

В досліджувальних групах проводилися клінічні дослідження, які включали збір анамнезу, скарг, визначення алергологічного статусу та інструментальна оцінка місцевого статусу. Визначення гігієнічного статусу порожнини рота проводилось за методом Гріп-Вермільйона, активність запального процесу в тканинах ясен – визначенням індексу ПМА та Silness-Loe. Оцінка секреторного гуморального статусу проводилась у всіх пацієнтів на початковому етапі лікування та в процесі динамічного спостереження, незалежно від перебігу захворювання. Змішана пестимільована слива зібрана патше слугувала субстратом для лабораторного дослідження. Концентрацію імуноглобулінів у слині визначали методом радіальної імунодифузії за G. Mancini et al (1965). Пацієнтам 1 та 2 групи на першому етапі лікування проводилась єдина базова терапія: професійні гігієнічні заходи в комплексі із зрошенням антисептиками «Гівалекс» за допомогою депільованих ірригаторів (6-8 процедур). У період загострення у пацієнтів місцева протимікробна терапія доповнювалась призначенням інстиляцій в міжзубні проміжки, на тканини ясен препаратом «Інстилягель» (6 мл) щоденно протягом 2-х тижнів. Пацієнти 1-ї групи на першому етапі лікування отримували імунокорегуючу терапію лікопідом протягом 10 днів по 1 мг на добу. Цей вид терапії в період загострення захворювання пацієнти 2-ї групи не отримували. Їм додатково було призначено німесил за загальною схемою. На 2-у етапі лікування, після зняття ознак гострого запалення в тканинах ясен, пацієнти даної групи отримували лікопід по описаній вище схемі. Імунокорегуючу терапію лікопідом інстиляційним методом (1 мл препарату на 30,0 мл фізрозчину) використовували з метою профілактики рецидивів запального процесу в тканинах ясен. Курс щоденних процедур тривав 6-8 днів, у 1-ї групи курс повторювався через 6-8 місяців, а у пацієнтів 2-ї групи через 3-4 місяці після завершення лікування.

Введення лікопіда на початковому етапі комплексного лікування разом з професійними гігієнічними втручаннями та в комбінації з антибактеріальними засобами дозволило досягти повної редукції клінічних симптомів захворювання, індексів гігієни, кровоточивості та ПМА вже на 10-12 день лікування. У 96,6% пацієнтів був отриманий повний регрес симптомів захворювання, який зберігався 6 і більше місяців. Використання лікопіда на другому етапі лікування загостреного катарального гінгівіту дозволило досягти повного регресу симптомів та нормалізації індексів у 89,3% пролікованих. З урахуванням віддалених результатів дослідження препарат лікопід може використовуватись для активізації процесу лікування у хворих з хронічним, так і з загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту.

Вперше проведений порівняльний аналіз впливу інстиляцій лікопідом на показники секреторного імунітету у хворих з загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту показав перевагу цього методу введення імуномодуляторів над традиційним: підвищення продукції StgA вдвічі на рівні слизових мембран. Зростання більш ніж на 25% та на 30% вмісту в слині IgM та IgG відбувалося вже до кінця першого тижня проведення інстиляцій, а по завершенню лікування встановлена повноцінна нормалізація показників місцевого імунітету.



Отже, розроблений та впроваджений на практиці метод використання професійних гігієнічних заходів, антибактеріальних, протизапальних, імуномодуючих засобів в комплексному лікуванні генералізованого катарального гінгівіту. Встановлено, що імунокорегуюча терапія лікопідом позитивно впливає на стан секреторного імунітету, падає більш виражений вплив на його показники в порівнянні з традиційною.

Максимів О.О. МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ СТАН БАЗИСІВ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

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

З усіх грибкових захворювань у хворих на цукровий діабет типу 2 найбільш часто проявляється кандидоз порожнини рота (до 70-74% осіб, що користуються протезом більше 1 міс.). Як вказують різні автори це пов'язано з гіповітамінозом, викликаним порушенням вуглеводного обміну. Наявність підвищеного вмісту глюкози в крові та слині призводить до загострень міготичних захворювань, що в свою чергу, і провокує зростаєння мікрофлори.

Для оцінки впливу грибкового обсіменіння і попередження протезного стоматиту у хворих на цукровий діабет типу 2 ми провели вивчення поширеності ураження грибом *Candida* тканин протезного ложа і базисів протезу у хворих на цукровий діабет до протезування та після нього.

Встановлено, що порожнина рота у хворих, які користуються акриловими пластинковими протезами в 63,7% обсеменена грибом *Candida*. Тому для подальшого дослідження відібрали хворих, яких розділили на 3 групи з різною інтенсивністю обсеменіння грибом *Candida* залежно від виду терапії та профілактики кандидозу слизової оболонки порожнини рота. У 1 -ї групі (11 чоловік) – хворим були дані рекомендації щодо поліпшення гігієнічного догляду за протезами. У 2 -ї групі (43 чоловік) – рекомендували застосування перорально протигрибкових препаратів, полоскання лужними розчинами протягом 14 днів. У 3-ї групі (12 чоловік) - рекомендовано застосування аплікацій під базиси протезів 1 % крему «Клотримазол» двічі на день після прийому їжі протягом 14 днів.

При аналізі результатів дослідження нами встановлено, що без специфічної терапії (група 1) інтенсивність обсеменіння зростає на 26,8 % з $(20,5 \pm 0,10) \times 10^7$ до $(28,0 \pm 0,4) \times 10^7$ колоній на 14-у добу спостереження. Далі інтенсивність обсеменіння завдяки захисним силам організму поступово знизується: до термінів спостереження через 1 міс. на 5,3 % від рівня 14 сут : з $(28,0 \pm 0,40) \times 10^7$ до $(26,5 \pm 0,30) \times 10^7$ колоній ($p < 0,01$). У хворих, яким проводили загальне протигрибкове лікування (група 2), інтенсивність обсеменіння поступово знизувалася протягом курсу лікування до рівня $(0,50 \pm 0,05) \times 10^7$ колоній, що в 400 разів нижче початкового рівня ($p < 0,001$). У хворих 3-ї групи вже через 1 добу, після початку місцевого лікування відзначали зниження інтенсивності обсеменіння в 400 разів, а вже на 14-у добу обсеменіння відсутнє у 100% пацієнтів. Отже, застосування аплікацій під базиси протезів 1 % крему «Клотримазол» у хворих на цукровий діабет 2 типу знижує інтенсивність обсеменіння грибами *Candida*.

Отримані результати досліджень дозволили нам рекомендувати аплікації 1 % крему «Клотримазол» під базиси повних знімних пластинкових протезів, як метод профілактики мікозного компоненту протезних стоматитів у хворих на цукровий діабет 2 типу з огляду на досить високу ефективність.

Мандзюк Т. Б. УРОКИ ЗДОРОВ'Я ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

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

Незважаючи на стрімкий розвиток стоматології та пошук нових ефективних методів та засобів лікування захворювань порожнини рота, їх поширеність залишається, як і раніше високою. Тому пріоритетним у сучасній стоматологічній практиці залишається вивчення та впровадження аспектів профілактики та попередження розвитку карієсу та його ускладнень.

Одним із таких методів є санітарно-просвітницька робота серед населення. Особливої уваги потребують діти середнього шкільного віку, так як саме в цьому віці відбувається формування постійного прикусу, та становлення зубо-щелепно-ї системи в цілому. В останні роки широкого розповсюдження набуло проведення «Уроків здоров'я», студентами-стоматологами в дошкільних закладах, школах, інтернатах. Суть цих уроків полягає в паочному демонструванні студентами правил чищення зубів та догляду за ротовою порожниною. Традиційним є проведення таких тематичних заходів у м. Чернівці. Студенти 3-го курсу стоматологічного факультету під керівництвом асистентів кафедри дитячої стоматології організують проведення театралізованих вистав. Під час проведення «Уроку здоров'я» студенти в ігровій формі, розповідають школярам про правила чищення зубів, особливості догляду за ротовою порожниною у різні вікові періоди. Важливим етапом є ознайомлення дітей з засобами та предметами гігієни порожнини рота, актуальністю та правильністю їх використання за призначенням. Студенти демонструють відеоматеріали, що відповідають тематіці заходу, що проводиться.



| | |
|--|-----|
| Касіяничук М.В., Кухтарук Д.Р., Касіяничук Ю.М. Оптимізація клінічних досліджень порожнини рота. | 265 |
| Кільмухаметова Ю.Х. Використання системи «Вектор» у хворих з I стуленем пародонтиту. | 266 |
| Кішак Т.С., Кузняк Н.Б. Стан гігієни порожнини рота у працівників залізничного транспорту. | 266 |
| Кіюн І.Д. Результати застосування ополіскувача, який містить лактат алюмінію, іони фтору та антибактеріальні препарати, у складі комплексу лікувально-профілактичних засобів у хворих із хронічним катаральним гінгівітом. | 267 |
| Кузняк Н.Б., Дроник І.І. Визначення локального цитокінового статусу у хворих на хронічний генералізований пародонтит. | 268 |
| Кузняк Н.Б., Паліє С.Ю. Залозисто-одонтогенні кісти щелеп. | 268 |
| Кузняк Н.Б., Трифаленко С.І., Бойчук І.Т. Лікування альвеолітів при застосуванні місцевої сорбційної терапії. | 269 |
| Кузняк Н.Б., Шостенко А.А. Зміна параметрів секреторного імунітету в комплексній терапії хворих з різними проявами генералізованого катарального гінгівіту під впливом імунокорегуючої терапії. | 270 |
| Максимів О.О. Мікробіологічний стан базисів знімних протезів у хворих на цукровий діабет 2 типу. | 271 |
| Мандзюк Т.Б. Уроки здоров'я як метод профілактики карієсу зубів у дітей. | 271 |
| Мороз А.В., Годованець О.І. Стан тканин пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет I типу. | 272 |
| Остафійчук М.О. Вплив препаратів лізоциму на щурів із експериментальним метаболічним синдромом. | 272 |
| Перебийніс П.П., Гончаренко В.А. Ставлення фолікулів і зачатків зубів у внутрішньоутробному періоді онтогенезу людини. | 273 |
| Проданчук А.І. Розвиток стоматологічних захворювань у хворих з хронічною нирковою недостатністю, що перебувають на діалізній терапії. | 274 |
| Рожко В.І., Жабюк Т.М. Сучасні методи епідодоптичного лікування. | 274 |
| Романко О.П. Вплив вітамінно-мінерального комплексу на кальцій-фосфатний обмін ротової рідини у вагітних жінок. | 275 |
| Рошук О.І. Окислювальна модифікація білків у хворих на виразкову хворобу шлунка з незнімними зубними протезами. | 276 |
| Табачнюк Н.В., Олійник І.Ю. Систематика варіантів форми піднижньощелепної протоки у передщодів та щодів людини. | 277 |
| Хомич Н.М., Горицький Я.В., Митченко М.П. Динаміка змін біохімічних показників ротової рідини у пацієнтів після атипичного видалення нижніх зубів мудрості. | 277 |
| СЕКЦІЯ 14 КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ | |
| Бодяка В.Ю. Особливості формування грануляційної тканини навколо сітчастого алотрансплантату передньої черевної стінки при застосуванні гіалуронової кислоти. | 278 |
| Гушул І.Я., Іващук О.І., Бодяка В.Ю. Вибір способу остаточного закриття лапаростомії за гострого поширеного перитоніту онкологічного генезу. | 279 |
| Зелінська Н.В. Діагностика аденокарциноми шийки матки методом спектрополяризації нативних мазків та зішкрібів цервікального каналу. | 280 |
| Іващук О.І., Бодяка В.Ю. Попередження синдрому швидкої біліарної декомпресії при лікуванні раку головки підшлункової залози. | 280 |
| Кравчук С.Ю. Промислові методи дослідження в діагностиці, плануванні та оцінці ефективності променевої терапії раку товстої кишки. | 281 |
| Крук Т.В. Лазерна діагностика крові хворих на рак молочної залози, як етап подальшого молекулярно-генетичного скринінгу. | 282 |
| Пересунько О.П. Обґрунтування можливості застосування методів лазерної діагностики в онкогінєкології. | 282 |
| Постевка І.Д. Рання діагностика раку молочної залози за допомогою теплового потоку. | 283 |
| Сенютович Р.В., Унгурян В.П. Степелерні зофагоєноаностомози. сучасні тенденції. Нові пошуки. | 283 |
| Шульгіна В.В. Епідеміологічні аспекти колоректального раку, раку прямої кишки та ануса серед населення Чернівецької області на протязі 2010-2014 років. | 284 |
| Шумко Б.І., Малишевський І.О. Підвищення ефективності лікування пацієнтів з місцевопоширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота та ротоглотки шляхом застосування інтерферону на етапі променевої терапії. | 285 |
| СЕКЦІЯ 15 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ | |
| Баланюк І.В. Особливості біоценозу товстої кишки у хворих на ВІЛ-інфекцію. | 286 |

| | |
|---|-----|
| Богачик Н.А., Сидорчук А.С., Венгловська Я.В., Сорохан В.Д. Використання лактогену для корекції змін кишкової мікрофлори у хворих з гострими кишковими інфекціями. | 287 |
| Бойко А.В. Особливості лікування туберкульозу у осіб літнього і старечого віку. | 288 |
| Возна Х.І. Показники варіабельності ритму серця у хворих на ВІЛ-інфекцію/СІПД. | 288 |
| Волощина Н.О., Денисенко О.І. Динаміка показників про- та протизапальних цитокінів у хворих на вулри звичайні у процесі комплексного лікування. | 289 |
| Гаєвська М.Ю., Перелічка М.П. Клінічні результати комплексного лікування хворих на псоріаз із застосуванням пробіотика. | 290 |
| Голяр О.І. Імунна реактивність організму та відповідь нейтрофілів периферійної крові хворих на кишкову інфекцію. | 291 |
| Гулсй Л.О. Особливості клінічних проявів алергічних дерматозів у хворих із супутніми дифузними ураженнями печінки невірусного походження. | 291 |
| Денисенко О.І. Стан захворюваності та особливості клінічного перебігу вулри рожевих у мешканців Чернівецької області. | 292 |
| Єременчук І.В. Встановлення інтенсивності апоптозу епітеліоцитів бронхів при мультирезистентному туберкульозі легень. | 293 |
| Захарчук О.І. Ураження дітей <i>Toxocara canis</i> : клінічна симптоматика та інструментально-лабораторні показники. | 294 |
| Карвацька Ю.П. Стан показників системного імунітету та кишкового біоценозу у хворих на вулгарні вулри мешканців Чернівецької області. | 295 |
| Мироник О.В., Давиденко О.М. Порівняльна ефективність застосування септолете та септефрїлу в комплексному лікуванні хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції. | 296 |
| Підвербська О.В. Стан кишкової проникності при туберкульозі легень з різним профілем фармакорезистентності. | 296 |
| Сем'янів І.О. Оптимізація програми лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із супутнім ураженням гепато-панкреато-біліарної системи. | 297 |
| Сливка В.І. Значення локального протсолїзу і фїбрїнолізу в порушенні функції зовнішнього дихання у хворих на туберкульоз легень. | 298 |
| Сливка В.І. Імунопрофілактика туберкульозу в Україні. | 298 |
| Соколенко М.О. Імунотропна терапія рецидивуючої ВІЛ-асоційованої герпетичної інфекції. | 299 |
| Степан Н.А. Динаміка неоптерину, про- і протизапальних цитокінів у хворих на скзему при застосуванні різних методів лікування. | 300 |
| Степаненко В.О. Роль нетрадиційних методів у лікуванні хворих на туберкульоз легень. | 301 |
| Тодоріко Л.Д. Динаміка рівня кортизола при хронічних обструктивних захворювань легень у літнього та старечого віку. | 301 |
| Тодоріко Л.Д. Механізми реалізації протизапальних ефектів глюкокортикоїдних гормонів при захворюваннях органів дихання. | 302 |
| Тодоріко Л.Д. Рентгенологічна семіотика саркоїдозу. | 303 |
| Тодоріко Л.Д. Сучасні аспекти формування резистентного туберкульозу: роль супутньої патології травної системи. | 304 |
| Чоботар А.О. Показники ендогенної інтоксикації у хворих на туберкульоз легень. | 304 |
| Шаповалов В.П. Профіль резистентності мікобактерій туберкульозу, виділених від хворих на рифампїцин-резистентний туберкульоз за GeneXpert MTB/Rif. | 305 |
| Шуленіна О.В. Клініко-анамнестичні особливості перебігу вулрової хвороби на тлі супутніх латентних захворювань кишківника. | 306 |
| СЕКЦІЯ 16 ФАРМАКОЛОГІЧНА ДІЯ ТА ФАРМАКОКІНЕТИКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ | |
| Букатару Ю.С. Вивчення антигіпоксантаїної активності похідного 2-бензамїдо-2-(2-оксоїндолін-3-їїден) оцтової кислоти znm за умов гіпобаричної та гемїчної гіпоксії. | 306 |
| Гаїна Ж.М., Косуба Р.Б. Особливості нефропротекторної дії мїлдронату. | 307 |
| Геруш О.В. Розробка комбінованих рослинних засобів для комплексного лікування захворювань печінки. | 308 |
| Горошко О.М., Ежнед М.А., Богдан Н.С., Гудзь Н.А., Ткачук Л.Ю. Хроноритмологічні особливості ліпофлавоу на показники антиоксидантного захисту щурів при експериментальній гострій нирковій недостатності. | 309 |
| Драчук В.М. Динаміка антиоксидантного захисту нирок при застосуванні ТАД 600 за умов експериментальної рабдоміолїтичної гострої ниркової недостатності. | 309 |
| Заморський І.І. Хроноперїодична система як функціональна система регуляції ритмів організму. | 310 |
| Зеленюк В.Г. Вплив статинів на оксидативний та нїтрозативний стрес при гострій нирковій недостатності. | 311 |
| Кишкап І.Г. Фармакоеконοмічні аспекти метилксантинових препаратів. | 312 |
| Кметь О.Г. Вплив поєданого введення пірацетаму та мемантину на антиоксидантний стан окремих структур головного мозку за дії гострої гіпоксії. | 313 |