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.

Чернівці 2016

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

© Буковинський державний медичний університет
http://www.bsmu.edu.ua/

Було проведено анонімне інтернет - анкетування 43 лікарів - стоматологів України, за результатами якого, для проведення інфільтраційної анестезії 72% лікарів використовують карпульний шприц, а 28% - одноразовий пластиковий шприц.

Для проведення провідникової анестезії 80% лікарів використовують карпульний шприц, а 20% - одноразовий пластиковий шприц. На третє запитання анкети відповідь була вражаючою: карпульний шприц стерилізувався автоклавуванням у 27,5% лікарів, у сухожаровій шафі – у 25% лікарів, а 47,5% лікарів обмежувались лише протиранням його спиртом.

Проведене опитування показало, що при проведенні місцевої анестезії переважною більшістю лікарів-стоматологів використовуються карпульні шприци. Майже половина опитаних стоматологів не стерилізують карпульні шприци після використання, що становить значну загрозу інфікування пацієнтів різними захворюваннями, що передаються ін'єкційно (ВІЛ-СНІД, вірусні гепатити та ін.).

Касіянчук М.В., Кузняк Н.Б.,* Проць Г.Б.**

ІММОБІЛІЗАЦІЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ПІСЛЯ ВНУТРІШНЬОРОТОВИХ ВТРУЧАНЬ

Кафедра ортопедичної стоматології,
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
*«Буковинський державний медичний університет»**
Кафедра хірургічної стоматології, Стоматологічний факультет
Вищий державний навчальний заклад України
*«Івано-Франківський національний медичний університет»***

Організаційні аспекти практичної медицини в Україні, тенденції розвитку та клінічне застосування медичних технологій [Вороненко Ю.В., Волосовець О.П., Veigl P., Павленко О.В. 2015] спонукають до впровадження власних клінічних оперативних методик із врахуванням європейських стандартів у стоматології. Аналіз в сучасних умовах відомі знання анатомії, морфології, біології та фізіології: [Zoeller J., 2013; Пюрик В.П., Проць Г.Б. та ін. 2008 ; Buser D., 2007; Маланчук В.О. та ін. 2006, 2014], спонукає шукати ключ до розуміння процесів загоєння кісткової тканини та м'яких тканин в порожнині рота.

Застосування хірургічних маніпуляцій при протетичному відновлені втрачених анатомічних структур є стабілізуючим засобом процесу ремоделювання кісткових структур коміркового відростка щелеп [Павленко О.В., Касіянчук М.В., Іфтодій А.Г. 2015]. Укорінення автогенних, ксеногенних чи штучних (виготовлених структур) вважається імплантатом [ПавленкоО.В. та ін. 2014, 2015].

Застосування хірургічних аспектів у клініці ортопедичної стоматології є профільними оперативними маніпуляціями, та одним із критеріїв, що визначають фахову кваліфікацію лікаря-стоматолога-ортопеда [Павленко О.В., Касіянчук М.В., 2010, 2013-2015], раціонально у складних клінічних випадках [Кузняк Н.Б., 2014].

Вказані посилання зумовили до статистичного аналізу ефективності маніпуляції ушивання м'яких тканин в клініці ортопедичної стоматології та ефективності власної методики ушивання м'яких тканин.

Для досягнення поставленої мети нами проаналізовано результати власних клінічних досліджень. У вибірці пацієтів в (16% випадках зустрічаємості) в силу анатомічних особливостей був обмежений доступ до оперативої зони при потребі провести репозицію слизово-ясенного клаптя та ушивання створеного дефекту. У (8 % випадках зустрічаємості) шовний матеріал, застосований за показами та фіксований рекомендованими вузлами не утримувався в умовах порожнини рота. У зв'язку з вищенаведеним нами розроблений та впроваджений власний метод репозиції слизово - надкісничного клаптя та ушивання створеного дефекту.

Ушивання рани ми проводили за відомою методикою. Для стабілізації шовного вузла ми застосували полімерні (композитні, компомерні, іономерні) матеріали та капсульний маніпулятор фірми ESPE (3M ESPE). У випадку застосування фотополімерного матеріалу додатково застосовувався фотополімеризатор відповідного спектру світлового потоку.

У клінічних дослідженнях вибірку склали 40 пацієнтів після оперативних втручань, яких обстежували протягом 2013-2015 років. Пацієнтів обстежували за стандартними схемами. У клінічній частині, досліджуючи ефективність „остеопротетичного'' підходу при усуненні набутих кісткових дефектів, ми встановили у 38 випадках із 40 гарантованість та дискретність фіксації вузлових швів запропонованим способом. За результатами кольорометричного дослідженням тканини порожнини рота ми відмічали відсутність „тестових ознак'' запалення тканин порожнини рота у досліджуваній зоні.

Таким чином, запропонований спосіб стабілізації шовного вузла: - дає можливість контрольовано усунути наслідки травми чи оперативного втручання та прогнозувати ефективність методів реабілітації; мінімізувати ризик втрати структур у віддалений період після травми. А, ефективність використання вказаних груп матеріалів та обладнання є клінічним доказом правомірності їх застосування.

Касіянчук М.В., Кухтарук Д.Р.*, Касіянчук Ю.М.**

ОПТИМІЗАЦІЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПОРОЖНИНИ РОТА

Кафедра ортопедичної стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
*Кафедра ортопедичної стоматології**
Вищий державний навчальний заклад України
«Івано-Франківський національний медичний університет»,
*Кафедра програмного забезпечення комп'ютерних систем***
Вищий державний навчальний заклад України
«Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича»

За літературними даними, втрата чи зміна архітектоніки тканин в ділянці отвору при мукозо-періостальній травмі є звичним явищем [J.Zoeller, 2006, 2013].

Аналіз в сучасних умовах відомі знання анатомії, морфології, біології та фізіології: [Zoeller J., 2013; Пюрик В.П., Проць Г.Б. та ін. 2008 ; Buser D., 2007; Гужва А. Г., Маланчук В.О. та ін. 2006, 2014;], спонукає лікарів шукати ключ до розуміння процесів загоєння кісткової тканини та м'яких тканин, в порожнині рота. Так, як результати лікування не завжди можуть бути предметом об'єктивного порівняння з висновками із наукових статей, на підставі яких можна робити висновки про переваги тієї чи іншої оперативної методики або підходу (та/або орієнтовно) організаційні та лікувальні підходи в різних клініках [Павленко О., Касіянчук М. 2010, 2013]. Ми вважаємо, що однією із таких оптимізацій методів діагностики при мукозо-періостальній травмі є удосконалення візуалізуючих методик.

Отже, метою цього дослідження була пропозиція способу візуалізації у клінічному дослідженні для можливого застосування у стоматології. Обґрунтування застосування і удосконалення спеціалізованого обладнання.

Для досягнення поставленої мети нами проаналізовано результати власних клінічних досліджень. У зв'язку з вищенаведеним нами розроблений та впроваджений власний метод візуалізації (фотографування) тканин порожнини рота при мукозо-періостальній травмі. В роботі для фіксації (візуалізації) стану тканин, доступних спостереженню, використовувалося цифрове кольорове фотографування в динаміці на всіх до- та після - операційних етапах. При цьому ми застосували власну методику застосовуючи цифрову фотокамеру, за рівних умов експозиції, фокусу та поляризації зображення, поляризатор світла HVL-RL5 фірми Sony (Японія), (рис.1) дозволений до використання в Україні. Отримані результати з порівнювали з результатами отриманими за стандартною методикою цифрової візуалізації (фотографування). Фотографії зберігалися в каталогах пацієнтів стоматологічної комп'ютерної програми EasyDent.

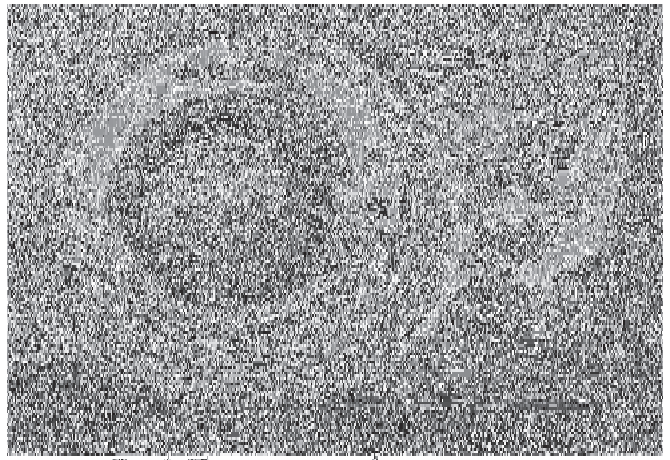

Рис.1. Поляризатор світлового потоку

У клінічних дослідженнях вибірку склали 20 пацієнтів після оперативних втручань, яких обстежували протягом 2011-2015 років. Пацієнти були розподілені на 2 групи: до I групи (10 осіб) увійшли пацієнти, яким проведена операція (установлення імплантату) із додатковою кістковою аугментацією в ділянці отвору матеріалом, отриманим під час оперативного втручання. До II групи увійшли 10 пацієнтів, яким проведена операція: кісткова аугментація в ділянці комірцевого відростка. Пацієнтів обох груп обстежували за стандартними схемами.

У клінічній частині, досліджуючи ефективність „остеопротетичного'' підходу при усуненні набутих кісткових дефектів, при аналізі фотографічних світлин із застосуванням поляризатора світлового потоку ми встановили у 19 випадках із 20 більш високу діагностичну ефективність запропонованого способу візуалізації. При цьому простежувалася тонка структура м'яких тканин не видима при стандартному способі фотографування та збереження реального кольору тканин порожнини рота. За результатами кольорометричного дослідження тканин порожнини рота ми діагностували морфологічні особливості тканини.

Таким чином, запропонований спосіб вивчення стану структур тканини порожнини рота дозволяє: діагностувати стан тканин порожнини рота; адекватно оцінити наслідки травми чи оперативного втручання та прогнозувати ефективність методів реабілітації; диференціювати присутність патоморфологічних структур.

Кільмухаметова Ю.Х.

ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ – ВЕКТОР У ХВОРИХ З І СТУПЕНЕМ ПАРОДОНТИТУ

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

Проблема хвороб пародонту дуже актуальна на даний час для України. Так, більше 60% населення віком до 40 років страждають на ті, чи інші пародонтологічні захворювання. У старших вікових групах цей відсоток збільшується. Хвороби пародонту часто розвиваються на фоні супутніх захворювань – розладів травлення, обміну речовин, серцево судинних та ендокринних порушень, сенсибілізації та інфікування організму тощо, і впливають на психоемоційний стан пацієнтів. Тому це треба вважати не тільки медичною, але і соціальною проблемою, вирішення якої вимагає комплексного та індивідуального підходу.

Мета дослідження - встановити ефективність вектор системи при знятті над'ясенних та під'ясенних зубних відкладень у хворих з I ступенем пародонтиту.

У ході дослідження було обстежено 13 пацієнтів, 7 з них не мали пародонтологічних патологій, вони і склали контрольну групу. У решти спостерігалися над'ясенні та під'ясенні зубні відкладення та ознаки пародонтиту I ступеня. Трьом з них провели зняття зубних відкладень за допомогою вектор – системи, і відзначили їх як першу групу. Іншим трьом зняли зубні відкладення за допомогою пародонтальних гачків, ультразвукового скалера і полірувальних паст, і відзначили їх як другу групу.

Парадонтит – запалення тканин пародонту, яке характеризується прогресуючою деструкцією пародонту і кістки альвеолярного відростка щелеп. Виділяють 3 ступеня пародонтиту: легкий, середній та важкий. Вважається, що ключем до вивчення етіології захворювань пародонту є три групи факторів: стан і продукти обміну в зубній бляшці та зубному камені; фактори порожнини рота, які здатні посилювати або послаблювати патогенетичний потенціал мікроорганізмів і продуктів їхнього обміну; загальні фактори, що регулюють метаболізм тканин порожнини рота, від яких залежить зворотня реакція на патогенну дію. Через 2 тижні був проведений повторний огляд усіх пацієнтів. У контрольній групі змін не визначалося. У першій піддослідній групі пацієнти не висловлювали скарг, огляд пародонту не показав наявність над'ясенних і під'ясенних зубних відкладень, ясна без ознак запалення. У другій групі у двох пацієнтів виявлялися під'ясенні зубні відкладення, ясна набряклі, легко кровоточать при зондуванні, присутні болісні відчуття.

Дане дослідження показало, що ефективнішим методом зняття над'ясенних та під'ясенних зубних відкладень при пародонтиті I ступеня є застосування вектор-системи. При систематичному лікуванні використовуючи Vector досягається зменшення кровоточивості зміненого внаслідок запалення маргінального пародонта. Значне покращення стану спостерігається в більшості випадків після повторної терапії.

Кіцак Т.С., Кузняк Н.Б.

СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПРАЦІВНИКІВ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ

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

Поширеність та інтенсивність стоматологічних захворювань серед населення України залишаються досить високими і ризик захворюваності зростає. Тенденція рівня захворюваності знаходиться в прямій залежності від впливу комплексу чинників таких як умови праці, організації, фінансування та якості стоматологічної допомоги, впровадження сучасних методів первинної профілактики, соціально-економічних умов життя населення, а також географічних особливостей регіонів проживання, тому вивчення стоматологічної патології є однією із актуальних медичних проблем, в тому числі і у провідників пасажирських вагонів На Чернівецькому вузлі Львівської залізниці працює 3661 залізничник, з них провідники складають найбільшу частку - 484 (13,2%). Шкідливі чинники виробництва спричиняють патогенетичні механізми розвитку і прогресування загальних захворювань. За даними літератури, 80-85% захворювань є наслідком впливу професійних і екологічних чинників.

Метою роботи є дослідити рівень гігієни порожнини рота у провідників пасажирських вагонів.

Нами було обстежено 52 працівника Чернівецького вузла Львівської залізниці. Основну групу склали 30 провідників пасажирських вагонів, у групу порівняння увійшли 22 особи адміністративного персоналу залізниці. В залежності від віку, обстежувані були поділені на чотири вікові групи. Стан гігієни порожнини рота визначали за індексами Федорова-Володкіної, OHI-S [J.C.Green, J.R.Vermillion, 1964] та API [Langeetal., 1990].

Спрощений індекс гігієни порожнини рота Грина-Вермильйона [J.C.Green, J.R.Vermillion, 1964] дозволяє виявляти не тільки зубний наліт, але і зубний камінь.

Результати опитування свідчать про незадовільний стан гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної в першій (2,16) і другій (2,32) вікових групах, а в третій (2,55) і четвертій (2,78) вікових групах поганий. В групі порівняння за цим індексом стан гігієни незадовільний у всіх вікових групах в межах від 1,13

до 1,43. За індексом Green-Vermillion стан гігієни порожнини рота в основній групі у віці до 34 років задовільний, а в подальшому погіршується і оцінюється як незадовільний. В контрольній групі стан гігієни порожнини рота знаходиться в межах оцінок задовільний (1,13 – 1,43).

Стан гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної у досліджуваних группах наступний: у віці 19-24 роки в основній групі оцінений як задовільний, а в контрольній – хороший, у віці 25-34 років у основній групі оцінений як незадовільний (2,32), а у контрольній – хороший (1,20). У третій і четвертій вікових групах із збільшенням віку відмічено погіршення гігієнічного стану порожнини рота, як у основній (2,55 і 2,78 відповідно), так і контрольній групі (1,39 і 1,43 відповідно). Він оцінюється, в основній групі як незадовільний, а у контрольній як задовільний. При цьому слід зазначити, що величина індексу у контрольній групі знаходиться на межі оцінки задовільна.

Детальнішу інформацію про стан гігієни порожнини рота працівників дозволяє отримати дослідження індексу гігієни OHI-S. У віці 19-24 роки у всіх оглянутих гігієна порожнини рота оцінена як «задовільна». Проте складова індексу CI «тверді зубні відкладення» в основній групі на 33% вища, ніж у контрольній ($p<0,05$), а у віці 25-34 і 35-44 роки оцінка гігієни для осіб основної групи – на межі «незадовільна», у контрольній – «задовільна». В обох цих групах діагностуються тверді зубні відкладення, але в основній групі їх більше на 34,16% та 27,51% відповідно. У пацієнтів віком 45 років і старше в основній групі оцінка гігієни наближається до межі «погана», у контрольній – «задовільна». Кількість твердих зубних відкладень в основній групі на 27,14% вища, ніж в осіб, не пов'язаних із виробничими шкідливостями ($p<0,05$).

Отже, стан гігієнічного догляду за порожниною рота в основній групі обстежених набагато гірший, про те як в контрольній групі оцінюється у всіх обстежених як "задовільна".

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

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

Хвороби пародонту в даний час є однією з найбільш важливих і складних проблем в терапевтичній стоматології. Сучасний рівень наукових знань дозволяє досить чітко характеризувати основні нозологічні форми захворювань, їх етіологію і патогенез, патоморфологічні зміни в тканинах пародонту. У нашій країні багато уваги приділено вдосконаленню організаційних форм лікувально-профілактичної допомоги хворим з патологією пародонту, розробці і впровадженню в практику методів і засобів лікування на основі фундаментальних досліджень, ролі і значення провідних етіологічних чинників, поширеності захворювань серед різних вікових груп. Обстеження хворого з патологією пародонту дозволяє не лише правильно діагностувати захворювання, його важкість, особливості клінічного перебігу, але і визначити етіологічні чинники і патогенетичні механізми запального або дистрофічного процесу в пародонті. При цьому можливе з'ясування ролі генетичних чинників, вплив живлення, екології, професійних шкідливостей і ін.

Запальний процес у пародонті починається з утворення сублінгвальної «зубної бляшки» у результаті колонізації поверхні зубів факультативними анаеробами *(A. viscosus, Str. mutans, B. melaninogenicus, F. nuclearum)*.

Мета дослідження - визначення клінічної ефективності ополіскувача, який містить лактат алюмінію, іони фтору та антибактеріальні компоненти, у складі комплексного лікування хворих із хронічним катаральним гінгівітом.

Клініко-лабораторне обстеження й лікування здійснювали у 60-х хворих віком 20-30 років (30 чоловіків, 20 жінок) із хронічним катаральним гінгівітом. Діагноз верифікували з урахуванням комплексної оцінки даних анамнезу, клінічного й лабораторного обстеження в динаміці спостереження. Оцінку гігієни порожнини рота здійснювали з використанням індексів Green-Vermillion (1964), твердих тканин зубів – за індексом КПВ, ступеня запальних змін у тканинах пародонту – за індексом PMA [C. Parma, 1961].

На етапі підготовки до лікування всім хворим була проведена індексна оцінка стану гігієни та тканин пародонту . Показники індексу Green-Vermillion є високими (2,38±0,37 бала), тобто гігієнічний стан порожнини рота як у чоловіків (2,51=0,25 бала), так і в жінок (2,38=0,37 бала) є незадовільним. Оцінку запального процесу ясен здійснювали за індексом PMA. Усереднені дані (47,8=0,78%) свідчать про середні показники ступеня тяжкості гінгівіту.

Комплекс лікувально-профілактичних заходів у хворих із хронічним катаральним гінгівітом включав: навчання гігієнічному догляду за порожниною рота й моніторинг ефективності виконання; індивідуальний вибір засобів догляду (зубної пасти, щіток, флосів); дієтотерапію; консультування й за необхідності лікування в ортодонта; стоматологічну санацію. Професійну гігієну здійснювали до початку лікування та в подальшому один раз на 3–6 місяців. Усі пацієнти застосовували ополіскувач, який містить лактат алюмінію, іони фтору та антибактеріальні компоненти, в якості ротових ванночок по два рази на день курсом 10 днів. Спостереження за пацієнтами передбачало моніторинг індексів гігієни та індексу PMA після закінчення застосування ополіскувача, через місяць і шість місяців. У результаті оцінки ефективності запропонованого лікувально-профілактичного комплексу виявлена значна позитивна динаміка через 10 днів після початку лікування. Індекс

Рудницький Р.І. Рання діагностика сексуальних розладів у пацієнтів з непсихотичними психічними розладами та диференційоване медико-психологічне лікування. 211
Русіна С.М., Нікоряк Р.А. Поширення тривожних розладів серед молоді в Буковинському регіоні. 212
Юрценюк О.С. Дослідження рівня особистісної тривожності у студентів-медиків. 212
Яремчук О.Б. Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хворобою Паркінсона. 213

СЕКЦІЯ 11 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ, ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ ТА ЛОР ХВОРОБ

Andriychuk D.R. Pecularities of peptic ulcer in children in the context of examination. 214
Бабінцева А.Г. Особливості ренального кровоплину критично хворих доношених новонароджених за даними сонографічних методів обстеження. 215
Bezruk V.V., Bezruk T.O. Administrative-territorial and sex features etiological, spectrum of urinary tract infection in children (on the example of the Chernivtsi region). 216
Білоус Т.М. Неінвазивна діагностика пневмонії на тлі загострення бронхіальної астми у дітей шкільного віку. 216
Богуцька Н.К. Результати кластерного аналізу фенотипової неоднорідності бронхіальної астми раннього та пізнього початку в дітей шкільного віку залежно від ацетиляторного статусу. 217
Боднар Б.М., Унгурян А.М. Оптимізація лікування обмежених форм заразного контагіозного молюску у дітей. 218
Боднар О.Б. Передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дітей з хронічним колостазом обумовлений природженими вадами ободової кишки. 219
Буряк О.Г. Глутатіонпероксидаза як діагностичний маркер паренхіматозної дихальної недостатності у новонароджених. 220
Ватаманеску Л.І. Показники місцевого імунітету у дітей з природженими вадами ободової кишки. 221
Гарас М.Н. Клінічно-параклінічні особливості тяжкої бронхіальної астми у школярів залежно від інтенсивності запалення бронхів. 222
Гінгуляк М.Г. Спірографічні показники вентиляційної функції легень у хворих бронхіальною астмою. 223
Годованец А.С., Перижняк А.И., Попелюк Н.А. Пробиотическая терапия при сочетанных нарушениях пищеварения у новорожденных. 224
Дроник Т.А. Принципи катамнестичного спостереження дітей раннього віку з гастроентерологічними порушеннями внаслідок перинатальної патології. 225
Ковтюк Н.І. Показники якості життя дітей хворих на епілепсію та можливості їх покращання. 225
Колоскова О.К., Білик Г.А. Ефективність лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від показників ремоделювання бронхів. 226
Курик О.В. Предиктори та клінічні особливості порушень функціонального стану системи травлення в комплексі поліорганної недостатності при критичних станах у новонароджених дітей. 226
Ластівка І.В. Уроджені вади розвитку шлунково-кишкового тракту в дітей Чернівецької області: епідеміологія та чинники виникнення. 227
Левицька С.А. Особливості хірургічного лікування захворювань глотки у дітей із ожирінням. 228
Мазур О.О., Яковець К.І., Калуцький І.В., Плаксивий О.Г. Дисбіотичні зміни мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синуїт. 229
Marusyk U.I. Features atopic reactivity in scool-age children with severe asthma. 229
Мельничук Л.В. Проблемні питання зниження дитячої інвалідності. 230
Міхєєва Т.М. Особливості кровонаповнення слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей. 231
Міхєєва Т.М. Оцінка стану мікроциркуляції у дітей із ураженнями гастродуоденальної зони. 231
Нечитайло Д.Ю. Добовий моніторинг артеріального тиску, як другий етап скринінгу на артеріальну гіпертензію серед школярів. 232
Ортеменка Є.П. Предиктори гіпоксично-ішемічної енцефалопатії у новонароджених, що народилися з низькою до гестаційного віку масою тіла. 233
Перижняк А.І. Стан серцево-судинної системи новонароджених за умов перинатальної гіпоксії. 234
Підвисоцька Н.І. Значення клініко-генеалогічного методу в діагностиці спадкової патології. 234
Popelyuk N.O., Popelyuk O.-M.V. Modern aspects of diagnostic criteria of gastrointestinal diseases. 235
Popelyuk N.O., Popelyuk O.-M.V. Morphological peculiarities of gastroduodenal pathology in children. 236
Попелюк Н.О., Годованець О.С., Попелюк О.-М.В. Клініко-параклінічні показники при патології пілородуоденальної зони у дітей. 236
Ризничук М.О. Особливості фенотипу та генетична мінливість у дітей із синдромом Шерешевського-Тернера. 237
Сажин С.І. Якість життя та рівень контролю бронхіальної астми у дітей шкільного віку. 238
Сапунков О.Д. Особливості будови середнього вуха у плодів людини 9 місяців розвитку. 239
Семань-Мінько І.С. Природне вигодовування дітей. 240
Sokolnyk S.V., Sorokman T.V. Prediction of peptic ulcer in children. 240

Сокольник С.О. Аргон-плазмова коагуляція при виразкових гастро-дуоденальних кровотечах у дітей. 241
Сорокман Т.В., Васкул Н.М. Частота виразкової хвороби в дітей Чернівецької області. 242
Сорокман Т.В., Чечул А.М., Нисторяк Г.Д. Розповсюдженість зобу у дітей із різних географічних зон Чернівецької області. 242
Тарнавська С.І. Особливості фенотипу астми пізнього початку залежно від характеристики ацетиляторного статусу дітей. 243
Шахова О.О. Показники гіперсприйнятливості бронхів у дітей, хворих на бронхіальну астму з фенотипом фізичного зусилля. 244
Швигар Л.В. Вплив вегетативного тонусу нервової системи на індекс Руф'є. 244
Юрків О.І. Виявлення порушень функціонального стану кишечника у новонароджених. 245

СЕКЦІЯ 12 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Акентьєв С.О., Березова М.С. Системні токсичні реакції місцевих анестетиків та алгоритм лікування зупинки серця, спричиненої ними. 246
Андрушак А.В., Коновчук В.М. Визначення ефективносі методів інтенсивної терапії при ендогенній інтоксикації за показниками – маркерами простих рецепторно-ефекторних систем. 246
Андрушак А.В., Коновчук В.М. Шляхи корекції синдрому ендогенної інтоксикації. 247
Кифяк П.В., Петринич В.В. Застосування ультрафіолетового опромінення аутокрові у хворих з гострим пієлонефритом. 248
Ковтун А.І. Застосування гіпербароокесії при ендо- та екзотоксикозах і післяопераційному періоді. 248
Кокалко М.М. Критерії відбору хворих для проведення трансуретральнихрезекцій передміхурової залози з метою попередження ТУР-синдрому. 249
Петринич В.В. Розвиток порушень поведінкових реакцій за умов підгострої інтоксикації марганцю хлоридом у щурів з різною швидкістю ацетилування. 250
Ротар В.І., Ротар О.В. Прогностичне значення складових синдрому мультиорганної недостатності при гострому некротичному панкреатиті. 250
Ткачук О.В. Реакція РНК тимоцитів щурів зі стрептозоцин-індукованим цукровим діабетом на ішемічно-реперфузійне пошкодження головного мозку. 251

СЕКЦІЯ 13 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ

Бамбуляк А.В., Ткачик С.В. Топографо-анатомічні взаємовідношення лобових пазух із суміжними структурами у грудному віці онтогенезу людини. 252
Батіг В.М., Солтис О.М. Використання скловолоконних штифтів при реєстрації коронкової частини ендодонтично лікованих зубів фронтальної групи. 253
Берніс Н.В., Олійник І.Ю. Морфометрична характеристика під'язикових слинних залоз плодів людини на 4-5 місяцях пренатального розвитку. 253
Бєлікова Н.І. Паралелометрія, як метод вибору при шинуванні рухомих фронтальних зубів. 254
Будаєв Ю.В., Ваколюк О.Б., Костенюк С.В. Можливі фактори ретенції та дистонії ікол верхньої щелепи. 255
Бурик А.Ю. Визначення клінічної оцінки ІРОПЗ. 256
Ватаманюк М.М. Удосконалення визначення висоти прикусу та центрального співвідношення щелеп у хворих геріатричного віку з ускладненим неврогеннимгенезом за допомогою пристрою М.М.Ватаманюка. 257
Ватаманюк Н.В. Діагностика хворих з генералізованим пародонти том на початковій стадії захворювання. 257
Вітковський О.О. Частота і характер запальних ускладнень при переломах щелеп в залежності від термінів надходження в спеціалізовані установи. 258
Галагдина А.А., Гаген О.Ю., Кушнір О.Л. Зміни активності антиоксидантних ферментів та пероксидного окиснення ліпідів в привушних залозах щурів при цукровому діабеті ускладненому ішемією-реперфузією головного мозку. 259
Герасим Л.М. Фетальна анатомія загальних сонних артерій. 260
Годованець О.І. Клінічні аспекти стоматологічних захворювань у дітей із патологією щитоподібної залози. 260
Дмитренко Р.Р., Бедик В.В. Вікові функціональні особливості реагування тканин ясен на переривчасту гіпобаричну гіпоксію і фотоперіод різної тривалості. 261
Дорубєць А.Д. Ступінь порушень імунологічної реактивності організму пацієнтів з малими дефектами зубних рядів. 262
Дячук І.І. Особливості будови стінок клиноподібної пазухи в зрілому віці. 262
Ішков М.О., Гаманюк Р.М. Результати анкетування лікарів-стоматологів щодо проведення місцевої анестезії в терапевтичній стоматології. 263
Касіянчук М.В., Кузняк Н.Б., Проць Г.Б. Іммобілізація м'яких тканин після внутрішньоротових втручань. 264