



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.





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 падавали такі в кірковій зоні, то ЦД призвів до збільшення 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 пик 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 у всіх 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 пухири 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 персаньозадньому 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 випадають 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. Вишнвання 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-слизового 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 шевматизацією 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 проєкції пазухи у дітей грудного віку мають грушоподібну форму.



Батіг В.М., Солтис О.М.

ВИКОРИСТАННЯ СКЛОВОЛОКОПНИХ 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, пекаріозних 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 зубошелепному 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, анамністичних даних, зовнішньому обстеженні та об'єктивному дослідженні зубо-щелепно-лицевої ділянки, був визначений колір зубів, стан прикусу, стан гнітні порожнини рота за допомогою індексу гнітні OII-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 системою 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.*

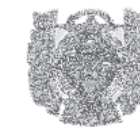
МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПІД'ЯЗИКОВИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ НА 4 – 5 МІСЯЦЯХ ПРЕНАТАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

*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. Пэттепа (1959), Б.П. Хватова, Ю.П. Шаповалова (1969). Застосовували методи макроскопії, мікроскопії серій послідовних гістологічних і топографо-



Рудницький Р.І. Рання діагностика сексуальних розладів у пацієнтів з неспсихотичними 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. Неспсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хворобою Паркінсона.	213
СЕКЦІЯ 11 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ, ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ ТА ЛОР ХВОРОБ	
Andriyehuk D.R. Peculiarities of peptic ulcer in children in the context of examination.	214
Бабінець А.Г. Особливості ренального кровопливу 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. Нейнвазивна 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 моллюску у дітей.	218
Боднар О.Б. Передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дітей з хронічним колюстазом 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.П. 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 катанестичного спостереження дітей раннього віку з гастроентерологічними порушеннями внаслідок перинатальної патології.	225
Ковтюк Н.І. Показники якості життя дітей хворих на спіленсію 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
Левницька С.А. Особливості хірургічного лікування захворювань глотки у дітей із ожирінням.	228
Мазур О.О., Яковець К.І., Калущий І.В., Плаксивий О.Г. Дисбіотичні зміни мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит.	229
Magusyk U.I. Features atopic reactivity in school-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-генетичного 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
Швиگار Л.В. Вплив вегетативного тонуусу нервової системи на індекс Руф'єса.	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 ефективності 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 гіпербарооксії при ендо- та екзотоксикозах і післяопераційному періоді.	248
Кокалко М.М. Критерії відбору хворих для проведення трансуретральних резекцій передміхурової залози з метою попередження ГУР-синдрому.	249
Петринич В.В. Розвиток порушень поведінкових реакцій за умов підгострої інтоксикації марганцю хлоридом у щурів з різною швидкістю ацетилювання.	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
Бернік Н.В., Олійник І.Ю. Морфометрична характеристика під'язикових слинних залоз плодів людини на 4-5 місяцях пренатального розвитку.	253
Белікова 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 ІРОНЗ.	256
Ватаманюк М.М. Удосконалення визначення висоти прикусу та центрального співвідношення щелеп у хворих геріатричного віку з ускладненим невротичним генезом 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
Галагідина 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., Белик В.В. Вікові функціональні особливості реагування тканин ясен на нереривчасту гілобаричну гіпоксію і фотоперіод різної тривалості.	261
Дорубець 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
Касіячук М.В., Кузняк Н.Б., Проць Г.Б. Імобілізація м'яких тканин після внутрішньоротових втручань.	264