

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



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент 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.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



Техніка сегментарної остеотомії (кістково-підокісний клапоть) базується на тих самих принципах, що і дистракція. Але на відміну від дистракції, остеотомічному сегменту зі збереженою трофікою інтраопераційно задається необхідна висота. Головною умовою є наявність хоча б 4 мм кістки над судинно-нервовим пучком. Переваги техніки: одне оперативне втручання; можливість одночасно збільшити об'єм по висоті та по ширині, змінивши кут препаровки остеотомічного сегменту; ушивання рани без додаткової мобілізації; можливість виконання без кістково-пластичних композицій (ризик утворення альвеолярного паростку типу пісочного годинника). Недоліки: на відміну від класичної дистракції обмеження приросту по висоті до 5-6 мм; ризик перфорації язичного клаптя, що вимагає призупинення оперативного втручання; неможливість використання в ранньому постекстракційному періоді; технічні труднощі при вираженій косій лінії язика.

Техніка операції: під місцевою анестезією проводиться розріз слизової на 4-6 мм нижче наявного рівня прикріплених ясен від премолярів до рстромолярного простору. Відділення ментального судинно-нервового пучка є обов'язковим для попередження його травмування. Остеотомія фрагменту проводиться відступивши 2 мм від наявних зубів та 2 мм від нижньо-щелепового каналу. Найчастіше фрагмент сідлоподібної форми, але й інші форми не є виключенням. Найголовнішою умовою є максимально щадна остеотомія, без перфорації язичної частини клаптя. В разі виникнення перфорації оперативне втручання необхідно зупинити, в жодному разі не зміщуючи фрагмент, рану ушити. Повторне втручання у таких випадках можливе через 8 тижнів. Якщо остеотомія вдала, кістковий фрагмент відділяють від донорської ділянки у зручний для оператора спосіб (распатором, елеватором, долотом, тощо) та піднімають на необхідний рівень (максимум 6 мм). Фіксують фрагмент за допомогою титанових пластин та гвинтів, проміжок між фрагментами заповнюють будь-яким кістково-пластичним матеріалом. Можлива також фіксація лише на блок ауто- чи ксено-, але такий варіант, враховуючи очікувану резорбцію, що складно передбачити в часовому проміжку, є надто ризикованим на нашу думку. Ушивання рани не потребує додаткової мобілізації і проводиться за загальнохірургічними принципами.

У продовж 2012-2018 рр. нами проведено 29 таких оперативних втручань. У всіх випадках ми використовували невеликі блоки ауто кістки, забрані з кута нижньої щелепи для первинної фіксації остеотомічного фрагменту в рані. Потім додатково проводили фіксацію титановими пластинами. На нашу думку первинна фіксація блоком полегшила проведення трепанаційних отворів піднятого фрагменту для фіксації титанової пластини гвинтом. Жоден кістково-пластичний матеріал не використовувався. Усі 29 клінічних випадків загоювались первинним натягом, відновлення висоти на заданий рівень відбулось у 28 пацієнтів. Лише в 1-му клінічному випадку регенерація відбулась на 70%. На нашу думку причиною була неповна адаптація титанової пластини, що призвело до травмування м'яких тканин та хронічного запалення. Надалі ми плануємо використовувати сегментарні остеотомії як у дистальних відділах нижньої щелепи так і в інших клінічних випадках.

Рожко В.І.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЕКСТРУЗІЇ ГІПОХЛОРИТУ НАТРІЮ У ПЕРИАПКАЛЬНІ ДІЛЯНКИ ЗУБА

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Повне видалення бактерій та бактеріальних токсинів в ході механічної та медикаментозної обробки системи кореневих каналів є ключовим фактором у досягненні успіху ендодонтичного лікування. Суть медикаментозної обробки полягає у розчиненні залишків м'яких тканин і змазаного шару, а також у ліквідації бактерій та продуктів їх життєдіяльності. В більшості випадків розчин гіпохлориту натрію використовується в якості ірриганта під час даної процедури, проте важкі ускладнення можуть виникнути при виведенні розчину за межі верхівки кореня.



Метою дослідження є проаналізувати тактику ведення пацієнтів та проведення медикаментозної терапії ускладнень, які виникли у результаті екструзії розчину гіпохлориту натрію в м'які тканини обличчя під час лікування кореневих каналів.

Нами було ретельно проаналізовано та вивчено три випадки ускладнень заапикальної екструзії гіпохлориту натрію при ендодонтичному лікуванні кореневої системи, у результаті чого спостерігалася руйнівна дія розчину на м'які тканини обличчя.

Заапикальна екструзія ірриганту відбувається у випадку надмірного тиску при промиванні розчином, або при застряганні ірригаційної голки в кореновому каналі під час ендодонтичної обробки. Виведення гіпохлориту за верхівку частіше всього спостерігається у випадку широкого апікального отвору, або за відсутності апікальної констрикції внаслідок резорбції кореня. У двох із досліджуваних випадків, окрім значного набряку та посиніння, спостерігалася ще й після травматична дисфункція лицевого нерва. Важкі пошкодження, які спостерігалися у даних двох випадках були пов'язані із хімічним опіком, в результаті екструзії гіпохлориту натрію в періапикальні тканини. В даному випадку було негайно введено внутрішньовенно стероїдні препарати у зв'язку з швидко наростаючою припухлістю, щільної консистенції та антибіотики для зменшення ризику інфекції некротичних тканин. Чутливість та функціонування лицевого нерва повністю відновилися через три місяці. У третьому випадку у пацієнтки через 48 год спостерігався значний набряк м'яких тканин та крововилив в інфраорбітальній ділянці. Лікування було аналогічне попередньому, симптоми зникли через 10 днів.

Таким чином, екструзія гіпохлориту може призвести як до пошкодження м'яких тканин, так і дисфункції лицевого нерва. Рання діагностика цієї проблеми та проведення негайної медикаментозної терапії допоможе попередити подальші ускладнення.

Романюк Д.Г.

ВПЛИВ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗМУ ВАГІТНОЇ ЖІНКИ НА ПЕРЕБІГ КАРІОЗНОГО ПРОЦЕСУ

Кафедра стоматології дитячого віку

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Поглиблене вивчення причин виникнення карієсу тимчасових зубів у дітей показало, що ключовим фактором нормальної мінералізації твердих тканин є достатнє надходження макро- та мікроелементів під час вагітності, яке, у свою чергу, сильно залежить від регіону проживання людини. Як відомо, Fe, Zn, Cu належать до незамінних нутрієнтів, без яких неможливий нормальний ріст та розвиток організму, у тому числі формування твердих тканин організму дитини.

У дослідженні були задіяні вагітні жінки, що проживають на території Буковини. Для оцінки елементного забезпечення організму атомно-абсорбційним методом визначався рівень таких біоелементів як Fe, Cu, Zn та Cd у волоссі. Слід зауважити, що аналіз вмісту мікроелементів у волоссі проводився з урахуванням наявності чи відсутності каріозних уражень у жінок та ступеня їх інтенсивності.

Найбільші кількісні зміни спостерігалися в концентрації Fe і характеризувалися зниженням вмісту останнього. Зокрема, у вагітних із високою інтенсивністю карієсу зубів констатувалося на 29% менше елемента, порівняно з групою стоматологічно здорових жінок.

Кількісний вміст Zn в досліджуваних скзмплярах показав різноспрямовану динаміку змін. За умов розвитку карієсу збільшувалося накопичення мікроелемента у волоссі. Зокрема, при високій інтенсивності карієсу зубів концентрація Zn зростала на 14%, а при середній – на 4%.

Зміни концентрації Cu при різних ступенях тяжкості каріозного процесу, на відміну від Zn, були плавними та характеризувалися поступовим зниженням вмісту мікроелемента зі зростанням тяжкості патології. Основним механізмом дії зниженого вмісту Cu може бути гальмування окиснювального дезамінування залишків лізину та оксилізину, що призводить