

**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 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



анатомічних зрізів, графічного та пластичного реконструювання, тонкого препарування під контролем бінокулярної лупи, морфометрії.

Встановлено, що на цьому етапі розвитку форма і будова ротової порожнини не відрізняються суттєво від таких у передплідів 56, 0–79,0 мм ТКД. Зачаток ПЯСЗ представлений системою проток з дистальними утвореннями округлої форми, які ми розцінюємо як початковий етап формування кінцевих секреторних відділів (ацинусів) залози. Встановлено, що у даної вікової групи спостережень велика під'язикова протока ПЯСЗ у переважній більшості випадків (14 із 15) зливається з піднижньощелепною вивідною протокою, утворюючи спільну вивідну протоку під'язикової та піднижньощелепної слинних залоз. Остання відкривається на дні ротової порожнини в ділянці під'язикового м'яся, де приймає участь у формуванні сосочка язика.

Детальне мікроскопічне дослідження серійних гістологічних зрізів ПЯСЗ плодів людини 4–5 місяців ВУР (81,0–185,0 мм ТКД) дозволяє дійти висновку, що варіанти форми ПЯСЗ людини залежать від кількості самостійних часточок. За наявності великої їхньої кількості повздовжній діаметр залози збільшується і вона стає подібною до витягнутого в довжину еліпсоїда; за меншої кількості часточок – повздовжній діаметр зменшується і ПЯСЗ формою стає наближена до сплюсненого диска тощо. Отже, наряду з типовою, форма ПЯСЗ може бути: куляста, еліпсоподібна, сплюсненого диска.

Антропометричні характеристики (довжина, висота, товщина) ПЯСЗ людини у Пл 4–5 місяців ВУР (81,0–185,0 мм ТКД) представлено в табл.

Таблиця

Антропометричні характеристики ПЯСЗ людини у плодів 4–5 місяців ВУР (81,0–185,0 мм ТКД)

Вік плодів, місяці	ТКД, мм	Під'язикова слинна залоза		
		довжина, мм	висота, мм	товщина, мм
4 місяць	81,0	3,59	3,07	2,83
	82,0	3,80	3,19	2,91
	85,0	3,90	3,23	3,11
	100,0	4,14	3,28	3,12
	105,0	4,20	3,44	3,24
	135,0	4,83	3,70	3,69
M ± m	97,80 ± 8,50	4,08 ± 0,17	3,32 ± 0,09	3,15 ± 0,12
5 місяць	138,0	5,18	3,86	3,95
	141,0	5,30	4,02	4,17
	145,0	5,38	4,34	4,38
	160,0	6,46	4,50	4,63
	164,0	6,44	4,76	4,94
	178,0	6,64	4,58	5,01
	180,0	6,67	4,58	5,08
	185,0	6,80	4,74	5,24
M ± m	162,90 ± 6,54	6,21 ± 0,24	4,45 ± 0,11	4,73 ± 0,16

Отже, впродовж 4–5 місяців ВУР (плоди 81,0–185,0 мм ТКД) вся ПЯСЗ представлена часточками, що з'єднані між собою пухкою сполучною тканиною в одне ціле. Одночасно з основним зачатком ПЯСЗ наявними є зачатки від 4 до 10 самостійних часточок з вивідними протоками, що відкриваються своєрідним "ланцюжком" на слизовій оболонці дна порожнини рота вздовж під'язикової складки (по обидва боки від вуздечки язика). Встановлено, що протоки самостійних часточок ПЯСЗ або піднімаються вгору вертикально, або (що спостерігали частіше) спрямовані похило ззаду-наперед, ззовні-всередину. Особливістю морфологічної та антропометричної характеристики ПЯСЗ людини в даний період пренатального розвитку є генетична здатність до формування самостійних додаткових часточок залози, що мають самостійні вивідні протоки. Злиття секреторних відділів самостійних часточок ПЯСЗ з основною складовою зачатка залози спостерігається наприкінці передплодового – початку плодового періодів пренатального онтогенезу.

**Бєлікова Н.І.**

#### ПАРАЛЕЛОМЕРТІЯ, ЯК МЕТОД ВИБОРУ ПРИ ШИНУВАННІ РУХОМИХ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ

*Кафедра ортопедичної стоматології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Патологічна рухомість зубів - один із провідних симптомів дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта, на які страждає від 80-95% населення у віці старше 35 років. Досягти ремісії патологічного процесу без стабілізації рухомих зубів неможливо. З метою збереження зубів і їх функції застосовують різні види шинування. Досить багатий вибір шин і способів шинування не забезпечує тривалий термін користування шинами. При шинуванні зубів з ураженим пародонтом роль паралелометрії має велике значення, так як збільшуються зміщення і непаралельність рухомих зубів.

З цією метою нами проведено аналіз ортодонтичної патології та наявності травматичної оклюзії у пацієнтів з генералізованим пародонтитом, які потребували адгезивного шинування і як метод вибору запропонована паралелометрія.

Нами встановлено, що у 82,7% осіб були запально-дистрофічні зміни тканин пародонта серед 81 пацієнта 30-49 років при активному зверненні. У 80,2% хворих були скарги на рухомість зубів. Рухомість зубів I-II ступеня констатована у 43,2% пацієнтів, II ступеня – у 20,98%, III ступеня – у 35,8%. Отже із подальшого обстеження вилучена група хворих із патологічною рухомістю III ступеня. Шинування проведено 52 пацієнтам з генералізованим пародонтитом середнього ступеня тяжкості.

У 54,2% обстежених була виявлена ортодонтична патологія: зміни положення окремих зубів – у 65,43%, наявність трем – у 28,39%, наявність діастеми – у 16,04%, скупченість зубів нижньої щелепи – у 14,81%, віялоподібне розходження зубів на верхній щелепі – у 8,65%, у 95,06% хворих - ознаки травматичної оклюзії. Також, діагностовано різні види патологічних прикусів: у 25,92% - глибокий, у 19,75% - дистальний, у 6,17% - медіальний, у 2,46% - перехресний. Це потребувало проведення предортопедичної підготовки, а виготовлення шин – вивчення моделей у паралелометрії.

Для діагностики наявних супраконтактів використано метод оклюзіографії. При виготовленні шин на передні зуби нижньої щелепи, що мають вестибулярний нахил, необхідне ретельне вивчення діагностичних моделей в оклюдаторі, а також їх попередня паралелометрія. В іншому разі їх виготовлення пов'язане з помилками. Причиною їх є високе розташування лінії огляду на вестибулярній поверхні передніх зубів, тобто майже біля ріжучого краю. У зв'язку з цим умови для накладання адгезивної шини різко погіршуються через відсутність місця на опорній частині зубів з вестибулярного боку.

За допомогою відповідного нахилу моделі можна легко збільшити опорну зону. При плануванні розміщення шини на вестибулярній поверхні здійснювали задній нахил моделі, при язиковому – передній (вестибулярний). Отже, завдяки попередньому вивченню діагностичних моделей в паралелометрії вибирався найбільш оптимальний шлях накладання і розміщення армуючого елемента адгезивної шини з використанням традиційної методики (оральне шинування) або власної методики шинування.

Так, при прямому прикусі і резорбції кістки до ¼ висоти (за даними ретенографії) вибирався задній нахил моделі і армуючий елемент адгезивної шини розміщувався на нижній щелепі на вестибулярній поверхні. При прогенічному (мезіальному) або прогнатичному (дистальному) прикусі для планування шинування фронтальних зубів також вибирався задній нахил моделі, що звільняло для ретельного огляду вестибулярну поверхню зубів для розміщення армуючого елемента з вестибулярного боку. Кривизна ретенційної лінії залежала від ступеня резорбції альвеолярного відростка та рухомості зубів. Внаслідок нерівномірної рухомості зубів ретенційна зона проходила високо, майже на рівні ріжучого краю різців, і опускала якомога нижче в ділянці іклів (що в окремих випадках і зумовлювало їх депульпування). При глибокому різцевому перекритті зубів внаслідок відсутності місця на вестибулярній поверхні фронтальних зубів вибирали передній нахил моделі з перенесенням армуючого елемента АШ на язикову поверхню.

Аналізуючи варіант ортогнатичного прикусу або ортогнатичного перекриття, ми зіштовхнулися з проблемою неможливості чи утруднень при накладанні шини на вестибулярній поверхні зубів НЦ. Ситуація була подібна до глибокого різцевого перекриття. Це призводило до того, що, навіть при позитивній мотивації пацієнтів, армуючий елемент на зубах НЦ доводилося розміщувати на язиковій поверхні.

Недоліком розміщення армуючого елемента на язиковій поверхні при скупченості різців було те, що після накладання шини і проведення її міжапроксимальної адаптації зміна положення зубів не корегувалася. Навпаки, при накладанні АШ на вестибулярній поверхні за допомогою реставрації можна було повністю відновити первинне положення зубів і закріпити його на тривалий час.

**Будаєв Ю.В., Ваколюк О.Б., Костенюк С.В.**

#### МОЖЛИВІ ФАКТОРИ РЕТЕНЦІЇ ТА ДИСТОПІЇ ІКОЛ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Лікування ретенції ікол верхньої щелепи залишається актуальною проблемою для клініцистів. У більшості випадків воно включає хірургічне втручання з наступною ортодонтичною витяжкою ретенційного зуба, що часто супроводжується втратою кісткової тканини, резорбцією кореня і ретесією ясен.

Метою даного огляду було вивчення етіології та можливих факторів ретенції ікол. Це дало б змогу розширити показання до ортодонтичного лікування у ранньому віці і знизити витрати в процесі лікування в постійному прикусі. Первинні етіологічні причини зміщення ікол верхньої щелепи включають: недостатність місця; порушення послідовності прорізування зубів; травми; збереження молочних ікол; передчасне закриття коренів; порушення зачатка зуба; локалізовані патологічні зміни (кісти, одонтоми). Довгий шлях прорізування верхньощелепних ікол був описаний С. Мюєрс (1991): «Ікло верхньої щелепи проходить більш важкий і звивистий шлях прорізування, ніж будь-який інший зуб. У віці трьох років він розташовується високо у верхній щелепі, його коронка спрямована мезіально і дещо лінгвально. Він рухається у бік оклюзійної площини, поступово вирівнюється, і в цей час ніби зіштовхується з дистальною стороною кореня бокового різця. Потім він відхиляється в більш вертикальне положення і часто прорізується в порожнині рота з помітним медіальним нахилом».