

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



особа (9%) навіть відзначила наявність значних неприємних відчуттів. Таким чином, середнє значення комфортності проведення ультразвукового чищення зубів у II клінічній групі становило 0,5 балів.

Таким чином, результати клінічної апробації професійної десенситайзерної пасти «Colgate® Sensitive Pro-Relief™» з Pro-Argin™ технологією та препарату для глибокого фторування «Глуфторед» засвідчили досить високу клінічну ефективність їх застосування. Виявлено кращі результати застосування десенситайзерної пасти під час проведення процедури ультразвукового чищення зубів та у пацієнтів із невираженою ГЗ. Стосовно препарату «Глуфторед» слід відмітити, що завдяки наявності мінералізуючих властивостей, констатовано кращу здатність забезпечувати пролонгований ефект усунення симптомів підвищеної чутливості зубів, навіть у пацієнтів із II та III ступенями захворювання.

Ваколюк О.Б.

ПРОБЛЕМИ ДЕНТОФОБІЇ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет*

Висока поширеність та інтенсивність карієсу і його ускладнень спричинена не тільки етіологічними чинниками розвитку захворювання, а й соціально-психологічним фактором дентофобії – боязні лікування у стоматолога. Перший візит до стоматолога має дуже велике значення для дитини з кількох причин. Багато в чому, від того, яке враження у дитини залишиться після першого відвідування стоматологічної клініки, залежатиме, чи з'явиться страх перед стоматологічними маніпуляціями.

Мета дослідження: в дитинстві виробляється найважливіше етичне відношення – довіра до світу, яка здійснює глибокий вплив на все наступне життя людини. І в стоматологічному закладі має бути створений психологічний комфорт для дитини, для того щоб затвердити довіру до лікарів, віру у можливість медицини в цілому.

Перший візит до дитячого стоматолога – дуже відповідальна подія в житті дитини. Від того, як пройде перше відвідування лікаря, залежить, чи стане стоматолог його другом, чи в психіці дитини залишиться глибока травма, може навіть на все життя. Тому найкраще, щоб перше відвідування лікаря було на профілактичному, ознайомлювальному прийомі. Також, для того щоб перший прийом стоматолога залишив у пам'яті дитини тільки позитивні спогади, з боку батьків необхідно провести певну підготовчу роботу. Дитину треба налаштувати на позитивний лад, пояснити, що стоматолог хоче бути другом і дбатиме про її зуби. Можна розповісти, що на першому прийомі стоматолог тільки порухає, скільки в роті зубків, подивиться, які вони красиві і білі. Може бути, навіть почистить їх спеціальною щіточкою, що робить тільки дуже хорошим і слухняним дітком. Перший візит до дитячого стоматолога – дуже відповідальна подія в житті дитини. Від того, як пройде перше відвідування лікаря, залежить, чи стане стоматолог його другом, чи в психіці дитини залишиться глибока травма, може навіть на все життя. Тому найкраще, щоб перше відвідування лікаря було на профілактичному, ознайомлювальному прийомі. Також, для того, щоб перший прийом стоматолога залишив у пам'яті дитини тільки позитивні спогади, з боку батьків необхідно провести певну підготовчу роботу. Дитину треба налаштувати на позитивний лад, пояснити, що стоматолог хоче бути другом і дбатиме про її зуби. Можна розповісти, що на першому прийомі стоматолог тільки порухає, скільки в роті зубків, подивиться, які вони красиві і білі. Може бути, навіть почистить їх спеціальною щіточкою, що робить тільки дуже хорошим і слухняним дітком.

Дуже важливим моментом при наданні лікарської стоматологічної допомоги дитині є необхідність пояснення та коментування своїх дій, призначення апаратів та матеріалів, які потрапляють в її поле зору. Якщо дитина бачить щось у вас в руках вперше (ватні валики, ретрактор для губ, водно-повітряний пістолет), це лякає її, а якщо ви звичайною мовою поясните їй призначення цих предметів, то усвідомлення того, що відбувається, допоможе уникнути переляку. Слід дотримуватися правила: найбільш болісні маніпуляції проводити в кінці обстеження. В таких випадках до бесіди можна залучити дітей, які добре перенесли аналогічні маніпуляції. Для зниження дентофобії у дітей О.Г. Аврамовою та С.С. Муравйовою було запропоновано такий план лікування неускладнених форм карієсу молочних зубів: огляд; демонстрація дитині в дзеркалі її зубів та ясен; бесіда про користь лікування карієсу та необхідність профілактики навчання навичкам гігієни порожнини рота; професійна гігієна порожнини рота з використанням обертових щіток та ароматизованої пасти; щадна механічна та медикаментозна обробка каріозної порожнини; встановлення пломби; контроль оклюзії; шліфування та полірування пломби.

Молочні зуби обов'язково треба лікувати, тому що неліковані зуби стають джерелом хронічної інфекції, що може зашкодити зачатку постійного зуба. Зуби є важливою ланкою в травному тракті, навіть часткова їхня втрата може привести до шлункових захворювань дитини, формування неправильного прикусу. Повний комплект зубів забезпечує гарну вимову і розвиває корисні мовні навички дитини, дозволяє їй впевненіше почувати себе і зберігати почуття власної гідності.

Отже, якщо перше відвідування стоматолога пройшло легко і приємно для дитини, воно допоможе подолати можливі страхи перед лікуванням зубів і наступні зустрічі зі стоматологом стануть забавною пригодою в житті маленької людини.



Ватаманюк М.М., Беліков О.Б.

ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ВИМІРЮВАНЬ БЕЗЗУБИХ ЩЕЛЕП У ПАЦІЄНТІВ ГЕРАТРИЧНОГО ВІКУ

*Кафедра ортопедичної стоматології
Буковинський державний медичний університет*

Потреба населення у повному знімному протезуванні в Україні складає 57, 6 осіб на 1000 обстежених. За даними літератури число осіб, що потребують протезування повними знімними протезами неухильно зростає. Це пов'язано із збільшенням частки вікових груп в загальному стані населення майже всіх країн світу. Так, в США число беззубих хворих доходить до 50%, в Швеції 60%, в Данії та Великобританії 70-75%. Отже дослідження анатомо-фізіологічних особливостей при протезуванні пацієнтів з повною втратою зубів залишається актуальною проблемою сьогодення.

З цією метою визначений анатомо-фізіологічний стан пацієнтів з повною втратою зубів на основі клініко-антропометричних вимірювань гіпсових моделей щелеп.

Нами проаналізовано 50 пар гіпсових моделей щелеп пацієнтів чоловічої та жіночої статі у віці від 75 до 90 років. Виявили наступні показники: міжальвеолярна висота, довжина, ширина моделей та відповідність співвідношення щелеп.

При аналізі співвідношення серед 50 пар гіпсових моделей беззубих щелеп виявлено: 22 пари з нейтральним розташуванням, 16 пар з медіальним зміщенням, 12 - з дистальним. На основі цього вивчені моделі були згруповані в три групи: 1 група - нейтральне розташування щелеп - 12 (44,0%); 2 група - медіальне розміщення - 16 (32,0%); 3 група - дистальне розміщення - 12 (12,0%). Для зручності аналізу моделей пацієнти в кожній групі були розбиті на підгрупи, в залежності від ступеня зміщення нижньої щелепи (НЩ) відносно верхньої.

Так, у 1-й групі було відсутнє зміщення НЩ відносно верхньої. У 2-й групі - мало місце зміщення НЩ відносно верхньої в межах від 0,1 до 0,3 см. у шести (37,5%) пацієнтів (1 підгрупа), у чотирьох (25,0%) пацієнтів (2 підгрупа) від 0,4 до 0,6 – та тільки у одного (6,25%) пацієнта (3 підгрупа) від 0,7 до 1,0 см. Таким чином, у першій групі дослідження встановлено стабільне співвідношення між щелепами у фронтальній ділянці і лабіальних і бічних. В той час як, у другій та третій групах дослідження це співвідношення коливалося в межах від 0,1 до 1,0 см.

При аналізі міжальвеолярної висоти нами встановлено, що у більшості хворих вона була в межах від 1,5 до 3,1 см. Але ці показники були різні в групах дослідження.

При аналізі довжин беззубих щелеп нами встановлено, що вони зазвичай збігаються. У більшості випадків на верхній та НЩ всі величини були близькі за своїми розмірами і коливалися в межах від 4,5 до 5,5 см. За винятком вимірів у другій групі де у половині випадків величина верхньої щелепи (ВЩ) була більша за НЩ.

В той час, як при аналізі ширини щелеп було виявлено повну невідповідність ВЩ та НЩ. Ширина НЩ зазвичай більша (від 4,5 – 6,5 см) ніж ВЩ (від 4,0 – 5,5 см).

Таким чином, проведенні клініко-антропометричні дослідження не виявили значної розбіжності між розміром ВЩ та НЩ. За розмірами серед беззубих щелеп найчастіше зустрічалися щелепи середніх розмірів, рідше великих і дуже рідко малих. Нижні беззубі щелепи в переважній більшості випадків були ширші за верхню у середньому на 1 см. Міжальвеолярна висота – коливалася в межах від 1,5 до 2,5 см. Абсолютно однакових за своїми розмірами і степенями атрофії беззубих щелеп нами не виявлено. Отже групувати беззубі щелепи можна лише за великою кількістю ознак, що дає можливість згрупування пацієнтів з беззубими щелепами як групи, так і підгрупи на основі антропометричних досліджень моделей щелеп, а це дозволяє в ряді випадків створити матриці які полегшують протезування і підвищують якість зубних протезів.

Ватаманюк Н.В.

ВИКОРИСТАННЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ СПОСОБІВ ДІАГНОСТИКИ У ХВОРИХ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ПОЧАТКОВІЙ СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ

*Кафедра терапевтичної стоматології
Буковинський державний медичний університет*

Незважаючи на успіхи, досягнуті у вивченні етіології, патогенезу та лікуванні генералізованого катарального гінгівіту, відзначається зростання прогресування захворювання з подальшим переходом у генералізований пародонти. Слід врахувати, що обмеженість відомостей про дисбіотичні порушення в пародонтальних кишнях у хворих при початковій стадії розвитку генералізованого пародонтиту в першу чергу пов'язана з технічними труднощами проведення бактеріологічних досліджень, які потребують значних часових витрат (від 5 до 14 діб). Крім того, загальноприйняті мікробіологічні методи не завжди дають можливість культивувати бактерії, здатні викликати запально-деструктивний процес в тканинах пародонту. У зв'язку з вищевикладеним перспективним є використання молекулярно-генетичних способів експрес-діагностики бактеріального стану, різних біотопів.

Мета дослідження - порівняльне вивчення складу мікробіоценозу пародонтальних тканин у хворих на хронічний катаральний гінгівіт і у пацієнтів на хронічний генералізований пародонтит на початковому етапі його розвитку і розробка обґрунтувань мікробіологічних критеріїв раннього виникнення деструктивного процесу в навколо зубних структурах.