

**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 – її 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 – її 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 – боязню 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 диткам. 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 диткам.

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.



Для визначення видового складу мікрофлори використовували метод бактеріального культивування та метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з подальшою зворотною ДНК-гібридизацією з праймерами основних пародонтальних бактерій. Мікробіологічними дослідженням піддавався матеріал, взятий з зубодесневої борозни після триразового ополіскування порожнини рота дистильованою водою. Математична обробка даних лабораторних досліджень проводилася на персональному комп'ютері методом варіаційної статистики. В оцінку бралися середні арифметичні значення і на їх основі обчислювалася середня помилка середньої арифметичної, середнє квадратичне відхилення. Отримані цифрові дані досліджень аналізували з визначенням достовірності середніх значень за критерієм Стьюдента.

Проведені бактеріологічні дослідження показали, що хронічний генералізований катаральний гінгівіт і хронічний генералізований пародонтит на початковій стадії розвитку характеризуються відмінностями в етіологічній структурі. У позитивних посівах матеріалу, взятого з зубодесневої борозни хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт, найчастіше зустрічається аеробна мікрофлора (90,5%), рідше асоціації з анаеробами (9,5% випадків). Хронічний катаральний гінгівіт характеризується відсутністю лактобактерій (у 28,6%) і біфідобактерій (у 23,8%). При цьому у пацієнтів I групи спостерігалася зниження їх кількості в 100-500 разів. Аналогічні результати були отримані і у хворих, що страждають на хронічний генералізований пародонтит в початковій стадії його розвитку, що свідчило про виражені дисбіотичні зміни у складі основної резидентної пародонтальної мікрофлори у пацієнтів як II так і I групи.

Таким чином, мікрофлора, виділена з зубодесневої борозенки є діагностично значущою для виявлення етіології хронічного генералізованого катарального гінгівіту та хронічного генералізованого пародонтиту на початкових етапах його розвитку. Встановлено, що у першому домінує стрепто-стафілококові бактерії, а у другому-пародонтопатогени. Наявність двох і більше видів основних пародонтопатогенних в мікробних асоціаціях, виділених з зубодесневої борозенки збільшує ймовірність формування у хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт запально-деструктивних явищ в тканинах пародонта і є однією з причин його переходу в хронічний генералізований пародонтит. Молекулярно-генетичний експрес метод виявлення основних пародонтопатогенів більш ефективний, ніж традиційні бактеріологічні дослідження, дозволяє швидко і у більшій кількості осіб діагностувати наявність збудників генералізованого пародонтиту.

Галагіна А.А., Митченко М.П.
ЕТІОЛОГІЯ СЛИНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет

Одним із найрозповсюдженіших захворювань слинних залоз є слинокам'яна хвороба (СКХ), яка, за даними різних авторів, становить від 52,3 до 78%. Причини виникнення слинокам'яної хвороби на сьогоднішній день не встановлені. Відомі окремі ланки її патогенезу. Так, виділяють загальні та місцеві чинники, які сприяють розвитку конкремента: порушення фосфорно-кальцієвого обміну, гіпо- або авітаміноз А, порушення секреторної активності слинних залоз при різних захворюваннях органів і систем, прийомі психотропних та інших медикаментів (А.А. Колесов, 1955; А.В. Клементов, 1960 і ін.), вроджені зміни протокової системи у вигляді її ектазій і стриктур (В.В. Афанасьєв, 1993) і ін.

Для вирішення питання про етіологію слинокам'яної хвороби ми вивчили стан протокової системи у 39 хворих, які страждали хронічним сіалодохітом, ускладненим утворенням конкремента (слинокам'яна хвороба). Діагноз захворювання встановлювали на підставі загальних, приватних і спеціальних методів дослідження (Л.А. Юдин, І.Ф. Ромачева, 1973).

В результаті роботи ми встановили, що у всіх хворих слинокам'яною хворобою в ураженій слинній залозі є розширення протоків різного порядку і розвивається сіалодохіт. Крім того, контрольна сіалографія, проведена з боку інших слинних залоз, що не уражені конкрементами, у одного і того ж пацієнта дозволила виявити розширення протоків у 96% хворих. Таким чином, протокова ектазія виявлялася не тільки в залозі, що мала конкремент, але і в інших слинних залозах одного хворого, не уражених слинокам'яною хворобою.

У подальшому ми вивчили в порівняльному аспекті стан розширених протоків, що містили конкремент і без нього. При цьому виявили особливості протокової системи, які переважно спостерігалися у хворих слинокам'яною хворобою і, на нашу думку, сприяли утворенню слинного каменю. До них належали: наявність стенозованої ділянки в різних відділах розширеної протоки; різкі вигини протоки, що мають форму «ломаної прямої», в якій виявлявся камінь; стенозування протоки безпосередньо перед каменем, що перевищує діаметр протоки і ампулоподібне розширення протоки за ним.

Наші дослідження показали, що слинокам'яна хвороба розвивається на тлі вроджених ектазій протоків залози і може трактуватися як калькульозний сіалодохіт, ускладнений розвитком слинокам'яної хвороби. Розвитку калькульозного сіалодохіта сприяє наявність стриктур в окремих ділянках розширеної протоки і його особлива топографія у вигляді «ломаної прямої» з різкими вигинами, в яких формується конкремент.



Годованець О.І., Мороз А.В.
СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ,
ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет

Серед ендокринних захворювань небезпечним є цукровий діабет (ЦД), який посідає третє місце в світі серед причин високої інвалідизації та смертності хворих після серцево-судинних та онкологічних захворювань.

Згідно даних різних авторів, частота ушкоджень слизової оболонки порожнини рота (СОПР) при ендокринних порушеннях коливається від 2 до 80%. Головним фактором розвитку і прогресування змін СОПР є хронічна гіперглікемія, що, у свою чергу, запускає цілий спектр патофізіологічних механізмів появи діабетичних змін СОПР. Глюкозо-опосередковане ушкодження ендотеліальних клітин судин слизової оболонки активізує різноманітні реакції збільшення секреції цитокінів, ростових факторів і білків екстрацелюлярного матриксу.

Мета дослідження полягає у вивченні особливостей імунного захисту ротової порожнини у дітей із цукровим діабетом I типу з урахуванням наявних метаболічних порушень.

Для вирішення поставленої мети було обстежено 25 дітей з хронічним катаральним гінгівітом (ХКГ) легкого ступеня тяжкості, 20 - з ХКГ середнього ступеня тяжкості та 15 - з ХКГ важкого ступеню тяжкості із супутньою патологією цукровий діабет I типу віком від 12 до 15 років. Контрольну групу склали соматично здорові діти з подібними стоматологічними захворюваннями віком 12-15 років (відповідно 30 дітей). Оцінку місцевого імунітету ротової порожнини здійснювали шляхом визначення вмісту SIgA, IgA, і рівня лізоциму у ротовій рідині. Отримані результати обробляли статистично з використанням t-критерію Стьюдента.

Встановлено, що в дітей із ХКГ, які хворіють на ЦД I типу відзначаються зміни в системі гуморального імунітету ротової порожнини в залежності від ступеня тяжкості захворювання. Легкий ступінь ХКГ характеризується підвищенням рівня лізоциму в ротовій рідині, при цьому не змінюється рівень SIgA. При середньому і важкому ступенях ХКГ відмічається зниження рівня лізоциму на фоні посиленої секреції SIgA у ротовій рідині, що підкреслює роль гуморального специфічного імунітету в патогенезі гінгівіту.

Одержані результати свідчать про необхідність обов'язкової стоматологічної допомоги дітям, хворим на цукровий діабет, з перспективою розробки адаптованих профілактичних програм для них.

Дмитренко Р.Р., Гончаренко В.А.
ВПЛИВ ПІНЕАЛЬНОЇ ЗАЛОЗИ НА ПРО- І АНТИОКСИДАНТНУ СИСТЕМИ У ТКАНИНАХ ЯСЕН
СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ САМЦІВ ЩУРІВ
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет

Ясна (гінгіва), як частина пародонта, забезпечують щільне закривання внутрішнього перидонтального простору і є першою лінією захисту гомеостазу пародонта. Саме з цих міркувань структурний і функціональний стан тканин ясен заслуговують на першочергову увагу і вивчення. Нами виділені дві групи факторів, що впливають на гомеостаз пародонта, ті що діють на ясна з боку ротової порожнини (локальні) та ті, що є чинниками гомеостазу організменного рівня (системні, загальні). Серед останніх особливе місце відводять гормонам (естрогени, глюкокортикоїди, тестостерон).

Метою нашого дослідження було з'ясування впливу на функціональний стан тканин ясен пригнічення функції епіфіза шляхом постійного освітлення тварини та підвищення його функції шляхом тривалого утримання тварин в умовах постійної темряви.

Дослідження проведено на 26 білих лабораторних безпородних щурах-самцях статевонезрілого віку. Зміну активності пінеальної залози моделювали впродовж 14 діб шляхом утримання тварин за умов трьох режимів освітлення: природного освітлення - інтактні щурі постійного цілодобового освітлення інтенсивністю 500 лк (стан "фізіологічної" пінеалектомії), постійної цілодобової повної темряви (стан підвищеної функціональної активності пінеальної залози). Статистичну обробку результатів здійснювали за методом варіаційної статистики з використанням критерію t Стьюдента.

Виявлено, що, уже в інтактних тварин перебіг вільнорадикальних реакцій в тканинах ясен менш виражений і краще контролюється, ніж на рівні організму (плазма крові) і, відповідно, функціонування антиоксидантного захисту в яснах ефективніша, ніж в організмі в цілому. Відмінності системного й органного (надниркові залози) реагування пероксидного окиснення білків відмічали й інші автори.

У тканинах ясен високий рівень функції пінеальної залози за умов тривалого утримання тварин у темряві призвів до посилення процесів вільнорадикального окиснення ліпідів та накопичення молекулярних продуктів пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ). Зокрема, збільшився вміст ДК (на 35,3%) і особливо вміст кінцевого продукту ПОЛ - МДА на 47,7%. Разом із тим, посилилася інтенсивність функціонування системи антиоксидантного захисту. Одночасно чітко проявилася зменшення сумарного рівня ОМБ на 25,2% порівняно з інтактними тваринами, що вказує на зниження перебігу вільнорадикальних реакцій. Прооксидантно-антиоксидантна рівновага в умовах темряви була позитивною, з перевагою антиоксидантних компонентів над прооксидантними (індекс АО/ПО - 28,022). Абсолютна величина індекса АО/ПО значно перевищувала величину цього індексу в тканинах ясен тварин, які були під дією 14-добового освітлення (індекс АО/ПО - 21,903). Привертає увагу те, що в умовах темряви реакція біомаркерів стану тканини ясен була складнішою, ніж