

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 р.



Чернівці 2015

Матеріали 96-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу БДМУ



**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



Вірусносійство зустрічається в більше ніж 90% людей і є однією з особливостей герпесу. Після первинного зараження через 1-3 тижні в організмі утворюються антитіла до герпесу, що зберігаються протягом усього життя на відносно постійному рівні незалежно від того, як часто людина має герпетичні висипання. Проте ці антитіла не попереджають повторів захворювання. Рецидиви герпесу виникають хоча б один раз у житті у 30-35% інфікованих у будь-якому віці. Однією з найбільш характерних ознак рецидивуючого герпесу є постійність анатомічних місць висипань.

Маю за необхідність ще раз підкреслити, що герпетична інфекція постає як провідна медико-соціальна проблема, що потребує значної уваги як з боку лікарів, так і держави в цілому. Це зумовлює необхідність обов'язкової ресстрації таких хворих та проведенні постійного моніторингу захворюваності вірусом простого герпесу, що забезпечить можливість вивчати й контролювати поширеність інфекції у нашій країні.

Беручи до уваги високий розвиток технологій у стоматологічній практиці й тривалість втручань, які можуть спровокувати рецидиви герпесу, лікарям потрібно розробляти нові ефективні засоби профілактики.

Краснюк І.П.

ПРОФЕСІЙНА ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТУ

Кафедра терапевтичної стоматології

Буковинський державний медичний університет

Захворювання тканин пародонту займають одне із перших місць за частотою і поширеністю серед стоматологічних захворювань. Захворюваність гінгівітом і пародонтитом у різних вікових групах коливається від 80-100%. За результатами досліджень найбільша роль у виникненні захворювань пародонту належить мікрофлорі порожнини рота. Гінгівіт та пародонтит виникають у результаті відповіді організму хазяїна на контамінацію мікроорганізмів, які контактують з тканинами пародонта.

Метою дослідження була професійна гігієна порожнини, що рота включає в себе: професійне чищення зубів, навчання індивідуальній гігієні та вибір і призначення індивідуальних засобів і предметів гігієни. При пародонтиті, особливо при його агресивному перебігу, бажано проводити професійну гігієну кожні 3 місяці.

Першим етапом є антисептична обробка порожнини рота. З цієї метою використовують різні групи антисептиків «Лістерин» (містить тимол, евкаліпт та ментол), хлорвмісні детергенти – хлоргексидин і гекситидин і хлорвмісні феноли – мірамистин. На другому етапі необхідно зазначити, що основним інструментом для зняття твердих зубних відкладень при гінгівіті є різні модифікації серповидних скейлерів. Їхня робоча поверхня має трикутний розріз та складається із лицьової і латеральної поверхонь. Лицева поверхня має дві ріжучі грані, які сходяться, утворюючи гострий кінчик. Для видалення зубного каменю використовують тільки дистальна частина гострої грані скейлера. Оскільки серповидні скейлери мають жорсткий стержень, їх можна використовувати для видалення значної кількості твердих зубних відкладень. Також використовують універсальні та спеціальні кюрети. Універсальні кюрети призначені для видалення зубного каменю на різних поверхнях всіх груп зубів. Їх також використовують для видалення з пародонтальних кишень грануляцій, врослого епітелію танекротизованого цементу кореня зуба. На відміну від універсальних кюрет лицева поверхня спеціальних зоно специфічних кюрет Грейсі має тільки одну гостру ріжучу грань. Повний набір кюрет Грейсі складається із дев'яти двосторонніх інструментів. В залежності від вигину термінальної частини стержня вони адаптовані до визначених поверхонь різних груп зубів. Для фінішного полірування можна використовувати порошкоструйний прилад «AIR FlowPerio». Завдяки спеціальному наконечнику цей прилад можна використовувати в пародонтальних кишнях в поєднанні із дрібнодисперсним порошком «AIRFlow PULVER Perio», у якому розмір сферичних часточок не перевищує 25 мкм. Для контролю якості видалення зубного каменю найбільш раціонально використовувати зонд «Експлорер», який має тонку вигнуту робочу поверхню і гнучкий стержень. Останній забезпечує максимальну тактильну чутливість, необхідну для виявлення невеликої кількості зубних відкладень. Наступним етапом є видалення м'яких зубних відкладень за допомогою торцевих щіточок, паст із середнім ступенем абразивності, який складає в середньому 40-70 мкм, і флосів. Для очищення вестибулярних, оральних і жувальних поверхонь рекомендується циліндричні щітки різного діаметру. Для видалення м'якого зубного нальоту з контактних поверхонь також використовують флоси та штрипси. Заключний етап професійного чищення зубів передбачає флюоризацію поверхонь для профілактики гіперчутливості твердих тканин зубів.

Таким чином можна зробити висновок, що професійна гігієна порожнини рота при захворюваннях тканин пародонту буде ефективна тільки при повному дотриманні всіх етапів її виконання з урахуванням віку пацієнта і клінічної ситуації. Якість її проведення є важливим етапом комплексного лікування хвороб пародонту.

Кузняк Н.Б., Паліс С.Ю.

КІСТИ ТА ПУХЛИНОПОДІБНІ УРАЖЕННЯ ЩЕЛЕПНИХ КІСТОК, ЯКІ РОЗВИВАЮТЬСЯ ІЗ ЗАЛИШКОВОГО ЗАЛОЗИСТОГО ЕПІТЕЛІУ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Буковинський державний медичний університет

Кісти щелеп – одна з найпоширеніших патологій серед захворювань щелепно-лицевої ділянки. Серед операцій, виконаних хірургами-стоматологами в амбулаторних умовах, операції з приводу одонтогенних кіст щелеп займають одне з перших місць після операції видалення зуба, а серед пацієнтів, що поступають в



стоматологічні стаціонари, хворі з одонтогенними кістами складають біля 8%. Але інколи після операції кістектомії та патологоанатомічного дослідження хірург-стоматолог отримує досить неочікувані результати, коли внутрішньокісткові пухлини та кісти містять тканину слинних залоз.

Так, в 1984 р. на Міжнародній конференції асоціації патологоанатомів темою обговорення стали кісти, які одночасно несли в собі ознаки як одонтогенних кіст, так і слинних залоз. Вперше така кіста була названа сіало-одонтогенною Padayachee і Van Wyk в 1987 р. В подальшому Гарнер із співавт. (1988) описали її як «залозиста одонтогенна кіста» (ЗОК). Дані кісти є рідкісним захворюванням. Дані з архіву відділення щелепної патології Університету Witwatersrand (Південна Африканська республіка), за період з 1992 по 2004 р.р. зареєстровано лише 6 випадків даної кісти із 3498 спостережень щелепних кіст (0,2 %). Jones із співавт. (2006), за 30-річний період, виявили 11 випадків з 7121 кіст щелеп (0,2 %). На сьогоднішній день описано більше 100 випадків даної патології.

Нами було описано два випадки: випадок залозисто-одонтогенної кісти фронтального відділу нижньої щелепи ми спостерігали у пацієнта 43 років на базі Чернівецької ОКЛ в 2013 році. Помірно-диференційована аденокарцинома верхньої щелепи справа діагностована у хворої 55 років на базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова в 2008 році. В обох випадках попереднім діагнозом була «одонтогенна кіста» та проведена операція «кістектомія» під місцевим знеболенням. При патогістологічному дослідженні в обох випадках були виявлені залозисті структури (слинні залози).

Причини появи залозистого епітелію в щелепах зазвичай не обговорюють. Але професором С.М. Шуваловим зроблено припущення, що в період ембріонального розвитку щелеп в онтогенезі ембріон повторює етапи філогенезу деяких тварин (плазунів, ссавців). Так, збереження залозистого епітелію при формуванні зубів спостерігається у деяких видів плазунів і ссавців. В процесі філогенезу голови відбулось формування ротової порожнини з послідовним розвитком в ній органів спеціального призначення, таких як зуби, язик і ротові залози. І розвиток цих органів тісно пов'язаний між собою. У риб і водних амфібій ротові залози мають саму примітивну будову. В отруйних змій, ящірок та ссавців, таких як ехидна, качконіс, щелезуб, деякі ротові залози серозного типу перетворились в складну трубчасту отрутовидільну залозу, пов'язану з зубами. У людини також при закладці тканин слинних залоз як великих, так і малих залозисті клітини інколи розташовані поза межами їх капсул. Відомо, також, що закладка залозистого епітелію у людини відбувається разом з зубною пластинкою на протязі перших трьох місяців ембріонального розвитку, після чого відбувається його інволюція. Однак, в ряді випадків клітини залишкового епітелію зберігаються і можуть служити основою для розвитку аденокарцином та виявляти в складі еволюційних кіст.

Отже, розвиток зубів безпосередньо пов'язаний з розвитком слинних залоз не лише в онтогенетичному, а й у філогенетичному аспектах; в постнатальному періоді залишки залозистого епітелію є причиною залозисто-одонтогенних кіст; дані клітини залишкового епітелію можуть стати причиною розвитку аденокарцином та центральних мукоепідермоїдних карцином щелеп.

Кузняк Н.Б., Вітковський О.О.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ УСКЛАДНЕНИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Буковинський державний медичний університет

Тенденція до зростання кількості травм щелепно-лицевої ділянки, важкість їх перебігу внаслідок значного об'єму пошкодження тканин, комбінація з травмами суміжних ділянок та життєвоважливих органів, довготривале лікування та розвиток післятравматичних ускладнень пояснює актуальність даної проблеми. Ряд авторів відмічають щорічний приріст кількості переломів кісток обличчя на 10-15% та збільшення термінів реабілітації вдвічі (при наявності ускладнень), тому своєчасна рання діагностика та правильний вибір лікування переломів нижньої щелепи із посттравматичними ускладненнями залишаються важливими та актуальними.

Покращення ефективності лікування хворих з переломами нижньої щелепи ускладнених гнійно-запальними процесами шляхом введення в післяопераційну рану дилататорів із нікелід-титану з ефектом пам'яті було метою нашого дослідження. Використовували ранорозширювач із нікелід-титану марки ТН-10, який має форму корони і складається з 4-8 дротових повертаючих витків. Виготовлення приладу з нікелід-титану марки ТН-10 дозволяє в охолоджену стані (0-5°C) легко зменшити діаметр дилататора більш ніж в 20 разів. Це спрощує введення приладу в післяопераційну рану та зменшує травматичність його встановлення. Під впливом температури тканин прилад, поступово приймаючи свою початкову форму, самофіксується в рані, виконуючи дилатацію рани. Хворих було поділено на дві групи: в основній проводилося лікування із додатковим введенням дилататорів із нікелід-титану в післяопераційну рану, в контрольній – лікування із використанням традиційних методів.

Таблиця

Результати лікування хворих основної та контрольної груп

Показник	Основна група (n=16)	Контрольна група (n=18)
Зникнення набряку	3,8±0,3	5,7±0,4
Припинення екусдації	5,1±0,4	7,3±0,7
Розсмоктування інфільтрату	5,3±0,4	8,3±0,9
Перші ознаки грануляції та епітелізації рани	7,8±0,5	10,6±0,8
Рентгенологічні ознаки утворення первинної кісткової мозолі	14,2±0,9	16,5±0,6



Для оцінки клінічної ефективності методу ми враховували наступні показники: зменшення набряку м'яких тканин, припинення виділення з рани, розсмоктування інфільтрату, перші ознаки грануляції та епітелізації рани, рентгенологічні ознаки утворення первинної кісткової мозолі.

Отримані результати клінічних досліджень свідчать про достовірну ефективність використання дилаторів із нікелід-титану в комплексному лікуванні гнійно-запальних ускладнень переломів нижньої щелепи. Лікування пацієнтів даним методом дає змогу попередити розвиток посттравматичного остеомієліту та нормалізувати процес регенерації кісткової тканини.

Левандовський Р.А., Бєліков О.Б., Шановський А.М.

СОЦІАЛЬНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКЛАДНОЮ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Кафедра ортопедичної стоматології
Буковинський державний медичний університет*

Кількість хворих з органічними ураженнями щелепно-лицевої ділянки росте. У даній категорії хворих крім розладів життєво-важливих функцій, в наслідок оперативних втручань, виникає значна асиметрія обличчя яка призводить до внутрішньо - і міжособистісних конфліктів, обумовлюючи виникнення психічних розладів, у тому числі тривожних та депресивних психогенних реакцій різного ступеня тяжкості.

З цією метою нами проаналізовані психічні розлади у хворих з органічними ураженнями щелепно-лицевої ділянки на етапах лікування. За допомогою шкали Гамільтона вивчали психічні розлади, а також ступінь психологічної реабілітації в процесі ортопедичного лікування. Як показали результати психіатричного обстеження у восьми хворих до оперативного втручання (від 1 до 7 днів), після оперативного втручання з приводу видалення ЗН та один – з приводу великого об'ємного видалення доброякісного новоутворення ВЩ (від 10 до 30 днів) та періоду ортопедичної реабілітації (після 1 місяця до 3,5 років) виявили психічні порушення несприятливого регістру.

Загально клінічно депресивний синдром характеризувався наявністю різного ступеню вираженості пригніченого настрою, який не залежав від зовнішніх обставин. Хворі скаржилися на зниження енергетичного потенціалу та активності. Вони описували внутрішнє напруження і тривогу з приводу можливих віддалених результатів одночасно з відчуттям безпорадності, неможливості відволіктися. Тривожний афект супроводжувався астенизацією і обесивними проявами. Встановлено, що середнє значення рівня депресії у хворих після встановлення діагнозу ЗН ЩД до операції було 30,85 бали, що відповідає депресивному розладу дуже важкого ступеня. Після оперативного втручання середнє значення зменшувалося до 20,93 балів, що відповідало депресивному розладу важкого ступеня. Думки щодо власних перспектив ставали домінуючими. Вже в передопераційному періоді хворі виражали різні сумніви і страхи. У значній частині пацієнтів мали місце порушення ритму сну з частими нічними пробудженнями, примарними сновидіннями, постсомнічними розладами, а також зниження лібідо та апетиту.

Ортопедична реабілітація значно зменшує рівень депресії в межах 9,04 балів, що відповідало згідно шкали Гамільтона депресивному розладу легкого ступеня. Виявлена закономірність – якісна ортопедична реабілітація хворих з резекцією в щелепно-лицевій ділянці з приводу онкологічних захворювань сприяє і значному покращенню психологічного стану пацієнтів.

Максимів О.О., Бєліков О.Б.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ АДАПТАЦІЇ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ КВАРЦЕТИНУ

*Кафедра ортопедичної стоматології
Буковинський державний медичний університет*

Захворювання слизової оболонки на сьогоднішній день характеризуються високою розповсюдженістю в популяції. Частота та тяжкість цих захворювань є значно вищими у осіб, обтяжених загально соматичними захворюваннями, зокрема, захворюваннями ендокринної системи.

Серед захворювань ендокринних залоз найбільш розповсюдженим є цукровий діабет (ЦД). За даними різних авторів, поширеність захворювань пародонта у осіб, хворих на ЦД становить 46-86%, а захворювань СОПР було встановлено, що при ЦД спостерігаються виразні зміни в слизовій оболонці, де відмічаються дистрофічні процеси, які сприяють її легкій подразливості та гальмують регенерацію. При цьому у хворих даної категорії були встановлені мікроангіопатії, особливо артеріоло- та капілярнопатії, зміни реологічних показників крові та гемостазу.

Важливе значення в розвитку запальних змін тканин протезного ложа при ЦД відіграє посилення патогенного впливу мікрофлори ротової порожнини, зниження загальної реактивності організму, зростання інтенсивності оксидативного та нітрозитивного стресу на тлі недостатньої активності чинників протіоксидантного захисту.

Таким чином, легка подразливість слизової оболонки ротової порожнини та загальмованість процесів регенерації у ній, з одного боку, та мікробна агресія з іншого, створюють несприятливі умови для адаптації до знімних протезів у хворих на ЦД.

Оптимізація процесів адаптації принесла б суттєву користь при протезуванні цього контингенту пацієнтів. Для покращення адаптації до повних знімних протезів використовували пірацетам, який позитивно



впливає на метаболічні процеси у мозку, стимулює створення енергії, покращує кровопостачання мозкових структур. Все це призводить до зменшення психоемоційної напруги, яка зумовлена наявністю протезу. Однак, суттєвого впливу пірацетама на стан слизової оболонки ротової порожнини не встановлено.

Для підвищення ефективності процесів адаптації до знімних зубних протезів за допомогою використання природного адаптогену – елеутерококу. Однак, екстракт елеутерококу стимулює створення гормонів глюкокортикостероїдів, і, таким чином, може підвищувати рівень глюкози, що робить його прийом недоцільним для застосування при ЦД.

З цією метою вивчена ефективність застосування кверцетину для профілактики прогресування запальних та дистрофічних розладів слизової оболонки протезного ложа у хворих на цукровий діабет як терапії супроводу при протезуванні повними знімними протезами.

Представлені в роботі результати отримані при обстеженні та лікуванні 60 хворих на ЦД типу 2 середньої важкості, компенсованого та субкомпенсованого, віком від 42 до 56 років, яким були встановлені повні знімні протези. За методом профілактики всі хворі були поділені на дві групи: перша (30 осіб) з призначенням кверцетину перорально по 1 г (1/2 чайної ложки) 2 рази на добу за 30 хв до вживання їжі (розчинивши гранули у 1/2 склянки води), упродовж 1 місяця. Друга група (30 осіб) додатково застосовували кверцетин місцево (2 г гранул кверцетину розчиняли в 10 мл горячої води до отримання геля) і зі щоденною аплікацією гелем на ділянку протезного ложа упродовж 1 місяця.

При обстеженні у хворих на цукровий діабет II типу була виявлена різна піддатливість СО. У частині обстежених хворих вона характеризувалася тонкою атрофованою слизовою оболонкою з натягнутим шаром, яка покривала альвеолярний відросток і частину твердого піднебіння, що відповідало II класу за Супле. У більшості пацієнтів СО була розрихлена, покривала повністю атрофованій альвеолярний відросток, частину твердого піднебіння, що відповідало III класу за Супле. Але в групах досліджуваних виявили різне, так в I-й групі піддатливість слизової оболонки II класу за Супле виявлено – (23,3%) у 7 осіб; з III класу – (76,7%) у 23 осіб. У 2-й гр. зазначене співвідношення складало відповідно 8 (26,7%) та 22 (73,3%).

Отримані результати свідчать про високу ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів відносно діабетичного ураження слизової оболонки для хворих на цукровий діабет 2 типу.

Мандзюк Т.Б.

РОЛЬ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНО – ГІГІЄНИЧНИХ ТА ГЕОХІМІЧНИХ ЧИННИКІВ НА РОЗВИТОК КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет*

Здоров'я дітей є дуже чутливим індикатором дії усіх екологічних, соціальних та економічних чинників. Сучасні екологічні та соціальні умови викликають зниження резистентності дитячого організму та його адаптаційно-компенсаторних резервів, що сприяє зростанню рівня захворюваності, в тому числі і стоматологічної.

Встановлено, що рівень стоматологічного здоров'я дітей залежить від геохімічних умов проживання та рівня антропогенного забруднення довкілля. У 12-річних дітей з різних регіонів України середній рівень стоматологічного здоров'я знижений на 22-35% насамперед через високу розповсюдженість захворювань тканин пародонта та зубо-щелепних аномалій. Показники розповсюдженості та інтенсивності карієсу постійних зубів у 12 та 15-річних дітей виявляють регіональну зумовленість. Достовірно вищими вони є у північних (91,2-94,3%) та західних (82,1-83,3%) регіонах України, нижчими в східних (72,7-80,3%) і південних (76,0-81,6%). Виявлені розбіжності можуть бути зумовлені як геохімічними особливостями регіонів, та і рівнем антропогенного забруднення довкілля (Остапо О.І., 2011).

Комплексними епідеміологічними дослідженнями визначена розповсюдженість та інтенсивність основних стоматологічних захворювань у дітей, що проживають на різних територіях Львівської області. Встановлено, що розповсюдженість та інтенсивність карієсу постійних зубів становить 81,44±3,74 % і 3,68±0,41 зуба. Значне зростання розповсюдженості карієсу постійних зубів спостерігається у дітей 12-річного віку. Так, у дітей населених пунктів області розповсюдженість карієсу становить 91,60±5,55 %, а у дітей м. Львова - 86,49±3,2 %, що відповідає „високому” рівню, а інтенсивність ураження відповідно складає 3,84±0,43 зуба та 3,54±0,51 зуба, що, згідно рекомендацій ВООЗ, відповідає „середньому” рівню. У дітей 15-річного віку ураженість зубів карієсом по території Львівської області та м. Львова зростає до „високого рівня”, згідно критеріїв ВООЗ. Так у дітей, що проживають у населених пунктах області, розповсюдженість карієсу складає 90,66±5,22 % при інтенсивності ураження 6,09±0,66 зуба, а у дітей м. Львова відповідно 88,89±2,77 % і 5,18±0,64 зуба. Запропоновані схеми профілактики карієсу (Безвушко Е.В., 2013, Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького).

Актуальною проблемою залишається надання стоматологічної допомоги дитячому населенню України в залежності від факторів ризику виникнення стоматологічних захворювань. Незважаючи на досягнення медицини, широке впровадження в стоматологічну терапевтичну лікувальну практику дитячого віку сучасних методів і засобів профілактики та лікування, частота карієсу та його ускладнень зростає в усьому світі.



Петринич В.В. Розвиток порушень поведінкових реакцій за умов під гострої свинцевої інтоксикації у щурів з різною швидкістю ацетилювання	221
Ротар В.І. Нанокapsульовані форми антибіотиків в абдомінальній хірургії	221
Ткачук О.В. Стан інсулін-продукуючої функції підшлункової залози в щурів з стрептозо-індукованим діабетом, ускладненим ішемією-реперфузією головного мозку	222
СЕКЦІЯ 13 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ	
Бамбуляк А.В., Бедик В.В. Анатомічні особливості лобових пазух в онтогенезі людини	223
Белікова Н.І. Помилки та ускладнення адгезивного шинування фронтальних зубів	223
Будаєв Ю.В. Психо-емоційна підготовка батьків до прорізування молочних зубів у дітей	224
Бурик А.Ю. Використання професійної зубної пасти «Colgate sensitive pro-relief» та препарату «Глуфторед» при підвищеній чутливості зубів	225
Ваколюк О.Б. Проблеми дентофобії в дитячій стоматології та шляхи їх вирішення	226
Ватаманюк М.М., Беліков О.Б. Особливості антропометричних вимірювань беззубих щелеп у пацієнтів геріатричного віку	227
Ватаманюк Н.В. Використання молекулярно-генетичних способів діагностики у хворих генералізованим пародонтитом на початковій стадії захворювання	227
Галагдина А.А., Митченко М.П. Етіологія слинокам'яної хвороби	228
Годованець О.І., Мороз А.В. Стан місцевого імунітету порожнини рота у дітей, хворих на цукровий діабет I типу	229
Дмитренко Р.Р., Гончаренко В.А. Вплив пінеальної залози на про- і антиоксидантну системи у тканинах ясен статевонезрілих самців щурів	229
Дроник І.І. Роль вільнорадикального окислення у виникненні гнійного процесу в пародонті у хворих на хронічний генералізований пародонтит I-II ступеню важкості	230
Кавчук О.М. Ефективність препарату «пародент» у складі комплексу лікувально-профілактичних заходів у хворих із хронічним катаральним гінгівітом	230
Караван Я.Р., Беліков О.Б. Аналіз прогнозування розвитку злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки за даними Чернівецького клінічного онкологічного диспансеру	231
Кільмухаметова Ю.Х. Стоматологічний статус студентів 2 курсу стоматологічного факультету БДМУ	232
Кіцак Т.С., Гаген О.Ю. Поширеність захворювань тканин пародонта у працівників залізничного транспорту	232
Костенюк С.В. Медико-соціальна значимість герпетичних вірусних захворювань	233
Краснюк І.П. Професійна гігієна порожнини рота при захворюваннях тканин пародонту	234
Кузняк Н.Б., Паліс С.Ю. Визначення ступеня після травматичної контрактури жувальних м'язів у хворих з переломами суглобового відростка та кута нижньої щелепи методом ультразвукової діагностики	234
Кузняк Н.Б., Вітковський О.О. Лікування переломів нижньої щелепи ускладнених гнійно-запальними процесами	235
Левандовський Р.А., Беліков О.Б., Шановський А.М. Соціальна і психологічна адаптація пацієнтів зі складною щелепно-лицевою патологією	236
Максимів О.О., Беліков О.Б. Аналіз ефективності адаптації повних знімних протезів у хворих на цукровий діабет 2 типу при використанні кварцетину	236
Мандзюк Т.Б. Роль впливу соціально – гігієнічних та геохімічних чинників на розвиток карієсу зубів у дітей	237
Остафійчук М.О. Особливості використання методу фотодинамотерапії лазерним апаратом «helbo», brendent у пацієнтів із гострим катаральним гінгівітом	238
Перебийніс П.П., Ткачик С.В. Комплексний підхід до лікування хронічного остеомієліту щелеп у наркозалежних пацієнтів	238
Проданчук А.І. Використання стоматологічних вимірювань для визначення якості життя	239
Рошук О.І. Пероксидне окиснення ліпідів у хворих на виразкову хворобу шлунка з незнімними зубними протезами	240
Табачнюк Н.В., Олійник І.Ю. Особливості раннього пренатального морфогенезу піднижньощелепної слинної залози людини	240
Трифаненко С.І., Горицький Я.В. Лікування переломів нижньої щелепи з ускладненими клінічним перебігом	241
Хомич Н.М., Кушнір О.Л. Допплерографічне дослідження як метод оцінки стану місцевого кровообігу у хворих після атипичного видалення нижніх зубів мудрості	242
Шостенко А.А. Стан місцевого імунітету та мікробіоценозу тканин ясен у хворих на генералізований катаральний гінгівіт з різними формами перебігу	242
СЕКЦІЯ 14 КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ	
Гушул І.Я. Особливості перебігу перитоніту на фоні раку товстої кишки	243

Зелінська Н.В., Пересунько О.П. Клінічна та генеалогічна характеристика аденокарциноми шийки матки	244
Кравчук С.Ю. Оптимізація променевої діагностики злоякісних захворювань з використанням комп'ютерної томографії в умовах чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру	245
Крук Т.В., Пересунько О.П. Генотипування мутацій генів глутатіон-S-трансферази у хворих на рак молочної залози та їх родичів у чернівецькій області	246
Сенітович Р.В., Івашук О.І., Унгурян В.П. Хіміотерапія раку шлунка – метааналізи	247
Шульгіна В.В. Особливості епідеміології раку прямої кишки та анального каналу серед жителів Чернівецької області	247
Шумко Б.І. Результати лікування раку гортані та гортаноглотки з урахуванням стадії захворювання	248
СЕКЦІЯ 15 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ	
Венгловська Я.В., Сидорчук А.С., Богачик Н.А., Сорохан В.Д. Клініко-мікробіологічна ефективність ентеролу-250 у комплексній терапії харчових токсикоінфекцій і гастроінтестинального сальмонельозу на Буковині	249
Височанська Т.П. Клінічна ефективність диференційованого підходу до лікування хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз у різних фізико-географічних районах Чернівецької області	250
Возна Х.І., Меленко С.Р. Роль ендотелію у патогенезі ВІЛ-інфекції	251
Волошина Н.О., Денисенко О.І. Показники про- та протизапальних цитокінів у хворих на вульгарні вугри різного ступеня тяжкості	251
Гаєвська М.Ю. Вплив засобів гепатопротекторної та антиоксидантної дії на перебіг та ефективність лікування псоріазу	252
Герман А.О., Христич Т.М. Цитокінова регуляція при ВДТБ легень залежно від функціональної активності щитоподібної залози	253
Голяр О.І., Москалюк В.Д., Возна Х.І., Кривецька С.С., Рудан І.В. Реактивна відповідь нейтрофілів периферійної крові і загальна імунна реактивність організму хворих на сальмонельоз	253
Гулей Л.О., Перепічка М.П. Віддалені результати терапії хворих на хронічні дерматози із супутньою патологією гепатобіліарної системи	254
Давиденко О.М., Мироник О.В. Епідеміологічні особливості вірусного гепатиту С на Буковині	255
Денисенко О.І. Динаміка показників окисидантно-антиоксидантного гомеостазу у хворих на артропатичний псоріаз у процесі лікування з поєднаним застосуванням засобів гепатопротекторної та антиоксидантної дії	255
Денисенко О.І., Писаренко Н.Ю., Суховерська О.Б. Застосування емолієнтів у комплексному лікуванні хронічної екземи	256
Єременчук І.В., Шаповалов В.П. Особливості цитокінової регуляції у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень	257
Карвацька Ю.П. Динаміка показників клітинної ланки системного імунітету у хворих на вульгарні вугри у процесі комплексного лікування	258
Москалюк В.Д., Соколенко М.О., Голяр О.І., Возна Х.І., Кривецька С.С. Герпетична інфекція у структурі ВІЛ-асоційованих захворювань	259
Підвербецька О.В., Степаненко В.О., Бойко А.В. Стан мікрофлори товстого кишечника в динаміці лікування туберкульозу легень	260
Сем'янів І.О., Сливка В.І. Токсичний гепатит у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень	260
Степан Н.А., Денисенко О.І. Показники цитокінового профілю у хворих на екзему з різним клінічним перебігом дерматозу	261
Тодоріко Л.Д. Характер порушень органів системи травлення та тиреоїдна активність у хворих на ХРТБ	262
СЕКЦІЯ 16 ФАРМАКОЛОГІЧНА ДІЯ ТА ФАРМАКОКІНЕТИКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	
Букатару Ю.С. Антигіпоксантна активність похідного-лідера 2-бензамідо-2-(2-оксоіндолін-3-ілїден) оцтової кислоти за умов гемічної гіпоксії	263
Гайна Ж.М. Дослідження антигельмінтних, антиоксидантних та нефропротекторних властивостей дикорослих лікарських рослин Чернівецької області	263
Геруш О.В. Скринінгове фармакологічне дослідження капсул «Гепатісан», гранул «Полігербагастрин», «Гепатропін», капсул «Фітовенол» з метою вибору ефективної дози	264
Горошко О.М., Драчук В.М., Ежнед М.А., Ровінський О.О., Гудзь Н.А. Дослідження у порівнянні впливу ліпіну та ліпофлавонолу на процеси пероксидації ліпідів та білків при тривалому введенні ліпіну за умов експериментальної гострої ниркової недостатності	265
Драчук В.М., Заморський І.І. Антиоксидантні властивості адеметіоніну за умов гострої ниркової недостатності	266
Заморський І.І. Антигіпоксантні ефекти як складова нейропротективних властивостей мелатоніну	266