

Міністерство охорони здоров'я України  
Буковинський державний медичний університет

# МАТЕРІАЛИ

94-ї

підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
Буковинського  
державного медичного університету

18, 20, 25 лютого 2013р.



Чернівці - 2013

формують яремні венозні кути. Величина правого яремного венозного кута у 7-10-місячних плодів дорівнює 110-125°, лівого – 120-140°, найменші показники величин кутів виявлені у 7-місячних плодів.

Годованець О.І., Гаврилук З.М.

## МІНЕРАЛІЗУЮЧИЙ ПОТЕНЦІАЛ РОТОВОЇ РІДИНИ ДІТЕЙ ІЗ ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

В останні роки надзвичайну актуальність набуває проблема поширеності патології щитоподібної залози, її впливу на стан здоров'я та інтелектуальний розвиток населення (Н.В.Воронич-Семченко, 2008; А.Л.Резнікова, 2007). Найбільш розповсюдженим захворюванням, яке набуло статусу ендемії, є дифузний нетоксичний зоб (Тронько М.Д., 2007; F.Delange 2002).

Метою нашого дослідження було дослідити деякі біохімічні показники мінералізуючого потенціалу ротової рідини дітей, хворих на дифузний нетоксичний зоб, а саме активність лужної фосфатази, кількісний склад кальцію та фосфору.

Для цього нами було обстежено 24 дитини віком 12 років, хворих на дифузний нетоксичний зоб (група № I). Групу порівняння (№ II) склали 25 соматично здорових дітей того ж віку. Матеріалом для дослідження була ротова рідина дітей, у якій визначали вміст неорганічного кальцію, неорганічного фосфору, активність лужної фосфатази з використанням наборів реактивів науково-виробничого підприємства „Фелісит-діагностика” (Україна).

У проведених нами дослідженнях встановлено збільшення кількості неорганічного фосфору ротової рідини у соматично хворих дітей приблизно на 25% у порівнянні із показниками групи контролю. Зокрема, у дітей I групи даний показник склав 6,04 ммоль/л проти – 4,84 у дітей II групи.

Аналіз рівня неорганічного кальцію показав, що в змішаній слині здорових дітей даний показник становить 1,34 ммоль/л. На відміну від цього в дітей, хворих на дифузний нетоксичний зоб, спостерігається значне підвищення вмісту іонів кальцію в ротовій рідині (приблизно в 3 рази), відповідно концентрація складає 3,67 ммоль/л.

Активність ферменту лужної фосфатази також зазнавала суттєвих змін: при тиреопатології спостерігалось зниження активності ферменту майже в 2,8 рази, що безумовно знайде відображення в процесі мінерального обміну за даних умов.

Таким чином, у дітей, хворих на дифузний нетоксичний зоб, спостерігаються значні зміни мінералізуючого потенціалу слини, що слід враховувати при виборі лікувально-профілактичних заходів для даного контингенту населення.

Годованець О.І., Гончаренко В.А.

## СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ З ЕНДОКРИНОПАТІЯМИ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Останнім часом ендокринологічна захворюваність дітей та підлітків України в структурі всіх хвороб стабільно посідає одне з провідних місць. На сьогодні в Україні зареєстровано майже 1 млн дітей та підлітків з ендокринною патологією. Відзначається зростання числа хворих на різні ендокринопатії, але найбільш поширені серед них – захворювання ЩЗ та цукровий діабет, на їх долю припадає більш як 80% усієї ендокринної патології, що вказує на значну соціальну значимість цієї проблеми.

Відомо, що організм дитини є цілісною системою. Відповідно будь-які порушення ендокринної системи можуть супроводжуватися змінами різних органів та систем, зокрема зубо-щелепної. Тому, на сьогоднішній день, все більшу увагу дослідників та практикуючих лікарів - стоматологів привертають особливості перебігу захворювань зубо-щелепної системи у дітей на фоні ендокринопатій.

Мета дослідження: Вивчити стоматологічний статус дітей на фоні супутньої ендокринної патології для встановлення патогенетичних зв'язків між ними і розробки нових ефективних методів лікування та профілактики.

Було здійснене обстеження 120 дітей віком 11-12 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні Чернівещької обласної дитячої лікарні №2. Із загальної кількості сформовано 4 групи: 1 група – діти з дифузним нетоксичним зобом (30 осіб); 2 група – діти з гіпотиреозом (25 осіб); 3 група – діти з цукровим діабетом I типу (40 осіб); 4 контрольну групу склали соматично здорові діти того ж віку (30 осіб).

Проведені нами дослідження засвідчують незадовільну гігієну ротової порожнини у дітей перших трьох груп (середній показник коливався в межах 1,74 – 1,92) та задовільну гігієну у дітей контрольної групи (середній показник дорівнює 1,48). Інтенсивність карієсу, згідно з оціночними критеріями, рекомендованими ВОЗ для дітей віком 12 років, є високою у дітей з дифузним нетоксичним зобом та ЦД, оскільки знаходиться в межах показника 4,5-6,5, а в дітей із гіпотиреозом - дуже високою (показник дорівнює 6,82) у порівнянні з групою контролю де інтенсивність карієсу становить 3,82, що відповідає середньому рівню. У результаті дослідження встановлено високу поширеність карієсу постійних зубів у всіх обстежених групах: у дітей із дифузним нетоксичним зобом розповсюдженість карієсу склала 93,3%, у

дітей із гіпотиреозом поширеність карієсу дорівнювала 96,0%, а при ЦД вона становила 92,5% у порівнянні з 90% у групі контролю. Розповсюдженість захворювань тканин пародонта серед дітей із ендокринопатіями перевищувала таку в контрольній групі. І становила відповідно 72,0% у дітей з гіпотиреозом, 66,0% у дітей з дифузним нетоксичним зобом, 57,5% у дітей з цукровим діабетом та 33,3% у дітей контрольної групи. Основною формою ураження тканин пародонта був хронічний катаральний гінгівіт.

Одержані результати підкреслюють необхідність покращення стоматологічної допомоги дітям з супутніми ендокринними порушеннями, а також тісної співпраці дитячих стоматологів та педіатрів.

Дмитренко Р.Р.

## ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЯСЕН ЩУРІВ ПРИ ГІПОБАРИЧНІЙ ГІПОКСІЇ ТА ЗІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ ФОТОПЕРІОДУ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Гіпоксія – поширений патологічний стан, який виникає як за умов дефіциту кисню у зовнішньому середовищі, так і внаслідок різноманітних патологій, пов'язаних з порушенням функцій дихальної та серцево-судинної систем, транспортної функції крові. В усіх випадках у остаточному підсумку відбувається зниження доставки кисню до тканин до рівня недостатнього для підтримки функцій метаболізму і структури клітин. Це визначає актуальність проблеми та її важливість для практичної та теоретичної медицини.

За умов постійного освітлення сумарна фібринолітична активність у тканині ясен статевонезрілих самців зменшувалась в 1,7 рази внаслідок пригнічення інтенсивності як неферментативного, так і ферментативного фібринолізу.

Отже, постійне освітлення призводить до пригнічення фібринолітичної активності ферментів у тканині ясен статевонезрілих самців, а за повної темряви ці зміни набували тотального і максимального вираженого характеру.

Моделювання хронічної гіпобаричної гіпоксії за умов природного освітлення у статевонезрілих самців у тканині ясен призвело до зменшення сумарного фібринолізу на 45,8%, внаслідок пригнічення як неферментативної, так і ферментативної фібринолітичної активності, у порівнянні з контрольною групою тварин.

При моделюванні гіпоксії за умов постійного освітлення відбувається зміна структури тканинного фібринолізу у тканині ясен статевонезрілих самців – сумарна фібринолітична активність зменшувалась в 2,35 рази, внаслідок пригнічення неензиматичної складової в 2,5 рази та ферментативного лізису фібрину в 2,2 рази, у порівнянні з контрольною групою тварин.

Відмічаються вірогідні міжгрупові різниці: у щурів при постійному освітленні за умов гіпоксії, на відміну від щурів, які знаходилися в умовах постійного освітлення без дії факторів хронічної гіпоксії в тканині щітоподібної залози – сумарна фібринолітична активність була меншою в 1,4 рази, за рахунок пригнічення, як неферментативної так і ферментативної складової.

Аналогічна картина відбувається за умов гіпоксії при повній темряві в порівнянні з контрольною групою тварин: відбувається пригнічення сумарної фібринолітичної активності в 3,4 рази, за рахунок переважного пригнічення ензиматичної складової, яка зменшувалась в 4,5 рази, ферментативна активність зменшувалась в 2,8 рази.

Варто зазначити, що спостерігалися достовірні міжгрупові різниці, при порівнянні вивчаємих показників у тканині ясен статевонезрілих самців за умов гіпоксії при природньому освітленні, та за умов повної темряви: у другому випадку спостерігалось пригнічення сумарної фібринолітичної активності в 1,93 рази, в основному за рахунок зменшення активності ферментативного фібринолізу, який зменшився в 2,5 рази. При порівнянні тварин, які були знаходились під впливом хронічної гіпоксії та знаходились під дією постійного освітлення і повної темряви, вірогідні зміни відмічені тільки в показниках ферментативного фібринолізу, який набував більшого пригнічення у тварин які перебували в повній темряві (в 1,9 рази).

Ішков М.О.

## ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ПУЛЬПОТЕК» ПРИ ЛІКУВАННІ ПУЛЬПІТУ МОЛЯРІВ МЕТОДОМ ВІТАЛЬНОЇ АМПУТАЦІЇ

*Кафедра терапевтичної стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

До 40 % звернень до стоматолога складають пацієнти із захворюваннями пульпи. Основними методами лікування пульпітів заслужено вважаються вітальна та девітальна екстирпація. Переваги екстирпаційного методу не підлягають сумніву. Але зустрічаються клінічні випадки, в яких використання екстирпаційного методу є доволі складним та може супроводжуватись ускладненнями. Це – пульпіти третіх молярів із складно формою коренів та кореневих каналів, пульпіти у пацієнтів із обмеженим відкриванням рота, що робить неможливим створення адекватного ендодонтичного доступу. Часто такі зуби приходиться видаляти внаслідок неможливості проведення ендодонтичного лікування. Окремі

уряк О.Г., Нечитайло Д.Ю. ВИЗНАЧЕННЯ МОНООКСИД НІТРОГЕНУ В ЛЕГЕНЕВИХ ЕКСПІРАТАХ ДЛЯ НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАРЕНХІМАТОЗНОЇ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	162
Ватаманеску Л.І. ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АНОМАЛІЙ ФІКСАЦІЇ ЛІВОЇ ПОЛОВИНИ ОБОДОВОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ВІКУ	163
Власова О. В., Колюбакіна Л. В. АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ВРОДЖЕНИХ ПНЕВМОНІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	164
Галушинська А.В. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ ХАРАКТЕРУ ЗАПАЛЕННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	165
Ковтюк Н.І. ФІЗИЧНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЯК СКЛАДОВА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ	166
Левицька С.А. ГЕНЕТИЧНА ДЕТЕРМІНОВАНІСТЬ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В НАВКОЛОНОСОВИХ СИНУСАХ	166
Мазур О.О., Калуцький І.В., Плаксивий О.Г. МІКРОБІОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУІТ	167
Марусик У.І. УДОСКОНАЛЕННЯ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	168
Мельничук Л.В. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ: ПРОБЛЕМИ ТА ЗАВДАННЯ	169
Микалюк Л.В. ГЕНОТИПОВО-ФЕНОТИПОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	169
Ортеменка Є.П., Білоус Т.М. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗА РІЗНИХ ЗАПАЛЬНИХ ФЕНОТИПІВ	170
Остапчук В.Г. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	171
Попелюк Н. О., Попелюк О.М. В., Макарова О.В. КИСЛОТОЗАЛЕЖНІ СТАНИ У ДІТЕЙ. МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ	172
Ризничук М.О. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА УРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ В ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ ЇХ ФОРМУВАННЯ	172
Сапунков О.Д. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА АУТОМУННУ ЕПІОЛОГІЮ НЕЙРОСЕНСОРНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ	173
Сокольник С.О. ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОСЛОГО НІГТЯ У ДІТЕЙ	174
Семань-Мінько І.С., Годованець О.С. ОСОБЛИВОСТІ ВИГОДОВУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ВЗАЄМОДІЇ ПАРИ «МАТИ ТА ДИТИНА»	174
Сокольник С.В., Сорокман Т.В. КЛІНІЧНО-ЕНДОСКОПІЧНІ ТА ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОЛОНГОВАНОВО РУБЦОВАННЯ ВИРАЗКОВОГО ДЕФЕКТУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ	175
Тарнавська С.І. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ	176
Унгурян А.М. ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНОВАНОГО ФІЗІОЛОГІЧНОГО РОЗЧИНУ ПРИ ПОВТОРНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ДІТЕЙ	176
Шахова О.О. ВИКОРИСТАННЯ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ У ПРОГНОЗУВАННІ ТЯЖКИХ ПРИСТУПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ПІДЛІТКІВ	177
<b>СЕКЦІЯ 11 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ. АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ</b>	
Акентьев С.О., Коновчук В.М., Ковтун А.І., Кокалко М.М., Кифяк П.В. ПЛАЗМОСОРЕБЦІЯ В УМОВАХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	178
Кокалко М.М., Коновчук В.М., Акентьев С.О., Ковтун А.І. ЗАСТОСУВАННЯ НИЗЬКИХ ДОЗ ГЕПАРИНУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ	178
Коновчук В.М., Полянський І.Ю., Акентьев С.О., Кокалко М.М. ФРАГМЕНТ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПОЛІТРАВМИ	179
Ковтун А.І., Коновчук В.М., Акентьев С.О., Кифяк П.В. ГІПЕРБАРИЧНА ОКСИГЕНАЦІЯ: ПРОЯВИ ТА ЛІКУВАННЯ ТОКСИЧНОЇ ДІЇ	180
Петринич В.В. ВПЛИВ «ПОРОГОВОЇ» ДОЗИ МАРГАНЦЮ ХЛОРИДУ НА ПОКАЗНИКИ ПОЛ ТА ОМБ СТАТЕВОЗРІЛИХ ЩУРІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ШВИДКОСТІ АЦЕТИЛЮВАННЯ	181
Ротар О.В., Ротар В.І. ПОРУШЕННЯ МЕТАБОЛІЗМУ ГЛЮТАТІОНУ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКТЕАТИТІ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ	181
<b>СЕКЦІЯ 12 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ</b>	
Ахтемійчук Ю. Т., Герасим Л.М. ТОПОГРАФІЯ ВНУТРІШНІХ ЯРЕМНИХ ВЕН У ТРЕТЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ	182
Годованець О.І., Гаврилюк З.М. МІНЕРАЛІЗУЮЧИЙ ПОТЕНЦІАЛ РОТОВОЇ РІДИНИ ДІТЕЙ ІЗ ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ	183
Годованець О.І., Гончаренко В.А. СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ З ЕНДОКРИНОПАТІЯМИ	183