



Матеріали 97-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу ВДНЗУ «БДМУ»

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 р.





У всіх пацієнтів осовної групи вже на наступний день відмічалось зменшення больового синдрому. При місцевому огляді відмічалось зменшення запальних явищ, лунка була заповнена згустком з «Целоформа», просоченим тканинною рідиною. Потім відбувалося поступове заміщення «Целоформа» грануляціями, починаючи з 5-ї доби, а на 5-6-у добу починалася епітелізація лунки.

У хворих контрольної групи біль і запальні явища стихали тільки на 3-4 добу, очищення лунки відбувалося на 3-4 добу, поява перших грануляцій спостерігалось на 6-7 добу, початок епітелізації – на 8-9 добу. При цьому терміни лікування хворих осовної групи, порівняно з контрольною, зблизилися в середньому на 3-4 дні.

Досвід застосування «Целоформа» в якості місцевого засобу лікування альвсоліту показав, що він є відносно педорогим, біосумісним матеріалом та володіє достатнім рівнем не тільки сорбційної, але і дрепуючої здатності, має виражену бактеріцидну, протизапальну, знеболіючу, протинабрякову дію і створює в лунці оптимальні умови для активного перебігу репаративних процесів.

Кузник Н.Б., Шостенко А.А.

ЗМІНА ПАРАМЕТРІВ СЕКРЕТОРНОГО ІМУНІТЕТУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З РІЗНИМИ ПРОЯВАМИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ ПІД ВПЛИВОМ ІМУНОКОРЕГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буквинський державний медичний університет»*

В процесі розвитку генералізованого катарального гінгівіту провідним етіологічним фактором виникнення захворювання є дефіцит секреторного імунітету. Для підвищення ефективності базового лікування генералізованого катарального гінгівіту необхідно застосовувати більш ефективні методи терапії, перспективним є використання сучасних протизапальних та імуномодуючих засобів, що діють безпосередньо на слизову оболонку порожнини рота.

Метою дослідження було охарактеризувати особливості впливу етапної комплексної терапії з використанням імуномодуючого препарату «Лікопід» на клініко-лабораторні показники захворювання.

Клініко-лабораторні дослідження проведено у 56 хворих віком від 19 до 31 року. В 1 групу ввійшли 20 хворих з хронічним перебігом захворювання, в 2 групу – 28 хворих із загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту. Контрольну групу склали 18 практично здорових пацієнтів з інтактними зубами та пародонтом, у яких вивчалися фактори секреторного імунітету.

В досліджувальних групах проводилися клінічні дослідження, які включали збір анамнезу, скарг, визначення алергологічного статусу та інструментальна оцінка місцевого статусу. Визначення гігієнічного статусу порожнини рота проводилось за методом Гріп-Вермільйона, активність запального процесу в тканинах ясен – визначенням індексу ПМА та Silness-Loe. Оцінка секреторного гуморального статусу проводилась у всіх пацієнтів на початковому етапі лікування та в процесі динамічного спостереження, незалежно від перебігу захворювання. Змішана пестимульована слива зібрана патше слугувала субстратом для лабораторного дослідження. Концентрацію імуноглобулінів у слині визначали методом радіальної імунодифузії за G. Mancini et al (1965). Пацієнтам 1 та 2 групи на першому етапі лікування проводилась єдина базова терапія: професійні гігієнічні заходи в комплексі із зрошенням антисептиками «Гівалекс» за допомогою депільованих ірригаторів (6-8 процедур). У період загострення у пацієнтів місцева протимікробна терапія доповнювалась призначенням інстиляцій в міжзубні проміжки, на тканини ясен препаратом «Інстилягель» (6 мл) щоденно протягом 2-х тижнів. Пацієнти 1-ї групи на першому етапі лікування отримували імунокорегуючу терапію лікопідом протягом 10 днів по 1 мг на добу. Цей вид терапії в період загострення захворювання пацієнти 2-ї групи не отримували. Їм додатково було призначено німесил за загальною схемою. На 2-у етапі лікування, після зняття ознак гострого запалення в тканинах ясен, пацієнти даної групи отримували лікопід по описаній вище схемі. Імунокорегуючу терапію лікопідом інстиляційним методом (1 мл препарату на 30,0 мл фізрозчину) використовували з метою профілактики рецидивів запального процесу в тканинах ясен. Курс щоденних процедур тривав 6-8 днів, у 1-ї групи курс повторювався через 6-8 місяців, а у пацієнтів 2-ї групи через 3-4 місяці після завершення лікування.

Введення лікопіда на початковому етапі комплексного лікування разом з професійними гігієнічними втручаннями та в комбінації з антибактеріальними засобами дозволило досягти повної редукції клінічних симптомів захворювання, індексів гігієни, кровоточивості та ПМА вже на 10-12 день лікування. У 96,6% пацієнтів був отриманий повний регрес симптомів захворювання, який зберігався 6 і більше місяців. Використання лікопіда на другому етапі лікування загостреного катарального гінгівіту дозволило досягти повного регресу симптомів та нормалізації індексів у 89,3% пролікованих. З урахуванням віддалених результатів дослідження препарат лікопід може використовуватись для активізації процесу лікування у хворих з хронічним, так і з загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту.

Вперше проведений порівняльний аналіз впливу інстиляцій лікопідом на показники секреторного імунітету у хворих з загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту показав перевагу цього методу введення імуномодуляторів над традиційним: підвищення продукції StgA вдвічі на рівні слизових мембран. Зростання більш ніж на 25% та на 30% вмісту в слині IgM та IgG відбувалося вже до кінця першого тижня проведення інстиляцій, а по завершенню лікування встановлена повноцінна нормалізація показників місцевого імунітету.



Отже, розроблений та впроваджений на практиці метод використання професійних гігієнічних заходів, антибактеріальних, протизапальних, імуномодуючих засобів в комплексному лікуванні генералізованого катарального гінгівіту. Встановлено, що імунокорегуюча терапія лікопідом позитивно впливає на стан секреторного імунітету, падає більш виражений вплив на його показники в порівнянні з традиційною.

Максимів О.О. МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ СТАН БАЗИСІВ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

*Кафедра ортопедичної стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буквинський державний медичний університет»*

З усіх грибкових захворювань у хворих на цукровий діабет типу 2 найбільш часто проявляється кандидоз порожнини рота (до 70-74% осіб, що користуються протезом більше 1 міс.). Як вказують різні автори це пов'язано з гіповітамінозом, викликаним порушенням вуглеводного обміну. Наявність підвищеного вмісту глюкози в крові та слині призводить до загострень мікотичних захворювань, що в свою чергу, і провокує зростаючий розвиток мікрофлори.

Для оцінки впливу грибкового обсіменіння і попередження протезного стоматиту у хворих на цукровий діабет типу 2 ми провели вивчення поширеності ураження грибом *Candida* тканин протезного ложа і базисів протезу у хворих на цукровий діабет до протезування та після нього.

Встановлено, що порожнина рота у хворих, які користуються акриловими пластинковими протезами в 63,7% обсеменена грибом *Candida*. Тому для подальшого дослідження відібрали хворих, яких розділили на 3 групи з різною інтенсивністю обсеменіння грибом *Candida* залежно від виду терапії та профілактики кандидозу слизової оболонки порожнини рота. У 1 -ї групі (11 чоловік) – хворим були дані рекомендації щодо поліпшення гігієнічного догляду за протезами. У 2 -ї групі (43 чоловік) – рекомендували застосування перорально протигрибкових препаратів, полоскання лужними розчинами протягом 14 днів. У 3-ї групі (12 чоловік) - рекомендовано застосування аплікацій під базиси протезів 1 % крему «Клотримазол» двічі на день після прийому їжі протягом 14 днів.

При аналізі результатів дослідження нами встановлено, що без специфічної терапії (група 1) інтенсивність обсеменіння зростає на 26,8 % з $(20,5 \pm 0,10) \times 10^7$ до $(28,0 \pm 0,4) \times 10^7$ колоній на 14-у добу спостереження. Далі інтенсивність обсеменіння завдяки захисним силам організму поступово знизюється: до термінів спостереження через 1 міс. на 5,3 % від рівня 14 сут : з $(28,0 \pm 0,40) \times 10^7$ до $(26,5 \pm 0,30) \times 10^7$ колоній ($p < 0,01$). У хворих, яким проводили загальне протигрибкове лікування (група 2), інтенсивність обсеменіння поступово знизювалася протягом курсу лікування до рівня $(0,50 \pm 0,05) \times 10^7$ колоній, що в 400 разів нижче початкового рівня ($p < 0,001$). У хворих 3-ї групи вже через 1 добу після початку місцевого лікування відзначали зниження інтенсивності обсеменіння в 400 разів, а вже на 14-у добу обсеменіння відсутнє у 100% пацієнтів. Отже, застосування аплікацій під базиси протезів 1 % крему «Клотримазол» у хворих на цукровий діабет 2 типу знижує інтенсивність обсеменіння грибами *Candida*.

Отримані результати досліджень дозволили нам рекомендувати аплікації 1 % крему «Клотримазол» під базиси повних знімних пластинкових протезів, як метод профілактики мікозного компоненту протезних стоматитів у хворих на цукровий діабет 2 типу з огляду на досить високу ефективність.

Мандзюк Т. Б. УРОКИ ЗДОРОВ'Я ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буквинський державний медичний університет»*

Незважаючи на стрімкий розвиток стоматології та пошук нових ефективних методів та засобів лікування захворювань порожнини рота, їх поширеність залишається, як і раніше високою. Тому пріоритетним у сучасній стоматологічній практиці залишається вивчення та впровадження аспектів профілактики та попередження розвитку карієсу та його ускладнень.

Одним із таких методів є санітарно-просвітницька робота серед населення. Особливої уваги потребують діти середнього шкільного віку, так як саме в цьому віці відбувається формування постійного прикусу, та становлення зубо-щелепно-челюстної системи в цілому. В останні роки широкого розповсюдження набуло проведення «Уроків здоров'я», студентами-стоматологами в дошкільних закладах, школах, інтернатах. Суть цих уроків полягає в поочному демонструванні студентами правил чищення зубів та догляду за ротовою порожниною. Традиційним є проведення таких тематичних заходів у м. Чернівці. Студенти 3-го курсу стоматологічного факультету під керівництвом асистентів кафедри дитячої стоматології організують проведення театралізованих вистав. Під час проведення «Уроку здоров'я» студенти в ігровій формі, розповідають школярам про правила чищення зубів, особливості догляду за ротовою порожниною у різні вікові періоди. Важливим етапом є ознайомлення дітей з засобами та предметами гігієни порожнини рота, актуальністю та правильністю їх використання за призначенням. Студенти демонструють відеоматеріали, що відповідають тематі заходу, що проводиться.



Касіяничук М.В., Кухтарук Д.Р., Касіяничук Ю.М. Оптимізація клінічних досліджень порожнини рота.	265
Кільмухаметова Ю.Х. Використання системи «Вектор» у хворих з I стуленем пародонтиту.	266
Кішак Т.С., Кузняк Н.Б. Стан гігієни порожнини рота у працівників залізничного транспорту.	266
Кіюн І.Д. Результати застосування ополіскувача, який містить лактат алюмінію, іони фтору та антибактеріальні препарати, у складі комплексу лікувально-профілактичних засобів у хворих із хронічним катаральним гінгівітом.	267
Кузняк Н.Б., Дроник І.І. Визначення локального цитокінового статусу у хворих на хронічний генералізований пародонтит.	268
Кузняк Н.Б., Паліє С.Ю. Залозисто-одонтогенні кісти щелеп.	268
Кузняк Н.Б., Трифаленко С.І., Бойчук І.Т. Лікування альвеолітів при застосуванні місцевої сорбційної терапії.	269
Кузняк Н.Б., Шостенко А.А. Зміна параметрів секреторного імунітету в комплексній терапії хворих з різними проявами генералізованого катарального гінгівіту під впливом імунокорегуючої терапії.	270
Максимів О.О. Мікробіологічний стан базисів знімних протезів у хворих на цукровий діабет 2 типу.	271
Мандзюк Т.Б. Уроки здоров'я як метод профілактики карієсу зубів у дітей.	271
Мороз А.В., Годованець О.І. Стан тканин пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет I типу.	272
Остафійчук М.О. Вплив препаратів лізоциму на щурів із експериментальним метаболічним синдромом.	272
Перебийніс П.П., Гончаренко В.А. Ставлення фолікулів і зачатків зубів у внутрішньоутробному періоді онтогенезу людини.	273
Проданчук А.І. Розвиток стоматологічних захворювань у хворих з хронічною нирковою недостатністю, що перебувають на діалізній терапії.	274
Рожко В.І., Жабюк Т.М. Сучасні методи епідодоптичного лікування.	274
Романко О.П. Вплив вітамінно-мінерального комплексу на кальцій-фосфатний обмін ротової рідини у вагітних жінок.	275
Рошук О.І. Окислювальна модифікація білків у хворих на виразкову хворобу шлунка з незнімними зубними протезами.	276
Табачнюк Н.В., Олійник І.Ю. Систематика варіантів форми піднижньощелепної протоки у передщодів та щодів людини.	277
Хомич Н.М., Горицький Я.В., Митченко М.П. Динаміка змін біохімічних показників ротової рідини у пацієнтів після атипичного видалення нижніх зубів мудрості.	277
СЕКЦІЯ 14 КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ	
Бодяка В.Ю. Особливості формування грануляційної тканини навколо сітчастого алотрансплантату передньої черевної стінки при застосуванні гіалуронової кислоти.	278
Гушул І.Я., Іващук О.І., Бодяка В.Ю. Вибір способу остаточного закриття лапаростомії за гострого поширеного перитоніту онкологічного генезу.	279
Зелінська Н.В. Діагностика аденокарциноми шийки матки методом спектрополяризації нативних мазків та зішкрібів цервікального каналу.	280
Іващук О.І., Бодяка В.Ю. Попередження синдрому швидкої біліарної декомпресії при лікуванні раку головки підшлункової залози.	280
Кравчук С.Ю. Промислові методи дослідження в діагностиці, плануванні та оцінці ефективності променевої терапії раку товстої кишки.	281
Крук Т.В. Лазерна діагностика крові хворих на рак молочної залози, як етап подальшого молекулярно-генетичного скринінгу.	282
Пересунько О.П. Обґрунтування можливості застосування методів лазерної діагностики в онкогінєкології.	282
Постевка І.Д. Рання діагностика раку молочної залози за допомогою теплового потоку.	283
Сенютювич Р.В., Унгурян В.П. Степелерні зофагоєноаностомози. сучасні тенденції. Нові пошуки.	283
Шульгіна В.В. Епідеміологічні аспекти колоректального раку, раку прямої кишки та ануса серед населення Чернівецької області на протязі 2010-2014 років.	284
Шумко Б.І., Малишевський І.О. Підвищення ефективності лікування пацієнтів з місцевопоширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота та ротоглотки шляхом застосування інтерферону на етапі променевої терапії.	285
СЕКЦІЯ 15 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ	
Баланюк І.В. Особливості біоценозу товстої кишки у хворих на ВІЛ-інфекцію.	286

Богачик Н.А., Сидорчук А.С., Венгловська Я.В., Сорохан В.Д. Використання лактокену для корекції змін кишкової мікрофлори у хворих з гострими кишковими інфекціями.	287
Бойко А.В. Особливості лікування туберкульозу у осіб літнього і старечого віку.	288
Возна Х.І. Показники варіабельності ритму серця у хворих на ВІЛ-інфекцію/СІПД.	288
Волощина Н.О., Денисенко О.І. Динаміка показників про- та протизапальних цитокінів у хворих на вулри звичайні у процесі комплексного лікування.	289
Гаєвська М.Ю., Перелічка М.П. Клінічні результати комплексного лікування хворих на псоріаз із застосуванням пробіотика.	290
Голяр О.І. Імунна реактивність організму та відповідь нейтрофілів периферійної крові хворих на кишкову інфекцію.	291
Гулсй Л.О. Особливості клінічних проявів алергічних дерматозів у хворих із супутніми дифузними ураженнями печінки невірусного походження.	291
Денисенко О.І. Стан захворюваності та особливості клінічного перебігу вулри рожевих у мешканців Чернівецької області.	292
Єременчук І.В. Встановлення інтенсивності апоптозу епітеліоцитів бронхів при мультирезистентному туберкульозі легень.	293
Захарчук О.І. Ураження дітей <i>Toxocara canis</i> : клінічна симптоматика та інструментально-лабораторні показники.	294
Карвацька Ю.П. Стан показників системного імунітету та кишкового біоценозу у хворих на вулгарні вулри мешканців Чернівецької області.	295
Мироник О.В., Давиденко О.М. Порівняльна ефективність застосування септолете та септефрїлу в комплексному лікуванні хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції.	296
Підвербєцька О.В. Стан кишкової проникності при туберкульозі легень з різним профілем фармакорезистентності.	296
Сем'янів І.О. Оптимізація програми лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із супутнім ураженням гепато-панкреато-біліарної системи.	297
Сливка В.І. Значення локального протсолїзу і фїбрїнолізу в порушенні функції зовнішнього дихання у хворих на туберкульоз легень.	298
Сливка В.І. Імунопрофілактика туберкульозу в Україні.	298
Соколенко М.О. Імунотропна терапія рецидивуючої ВІЛ-асоційованої герпетичної інфекції.	299
Степан Н.А. Динаміка неоптерину, про- і протизапальних цитокінів у хворих на скзему при застосуванні різних методів лікування.	300
Степаненко В.О. Роль нетрадиційних методів у лікуванні хворих на туберкульоз легень.	301
Тодоріко Л.Д. Динаміка рівня кортизола при хронічних обструктивних захворювань легень у літнього та старечого віку.	301
Тодоріко Л.Д. Механізми реалізації протизапальних ефектів глюкокортикоїдних гормонів при захворюваннях органів дихання.	302
Тодоріко Л.Д. Рентгенологічна семіотика саркоїдозу.	303
Тодоріко Л.Д. Сучасні аспекти формування резистентного туберкульозу: роль супутньої патології травної системи.	304
Чоботар А.О. Показники ендогенної інтоксикації у хворих на туберкульоз легень.	304
Шаповалов В.П. Профіль резистентності мікобактерій туберкульозу, виділених від хворих на рифампїцин-резистентний туберкульоз за GeneXpert MTB/Rif.	305
Шуленїна О.В. Клініко-анамнестичні особливості перебігу вулрової хвороби на тлі супутніх латентних захворювань кишківника.	306
СЕКЦІЯ 16 ФАРМАКОЛОГІЧНА ДІЯ ТА ФАРМАКОКІНЕТИКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	
Букатару Ю.С. Вивчення антигіпоксантаїної активності похідного 2-бензамїдо-2-(2-оксоїндолін-3-їїден) оцтової кислоти znm за умов гіпобаричної та гемїчної гіпоксії.	306
Гаїна Ж.М., Косуба Р.Б. Особливості нефропротекторної дії мїлдронату.	307
Геруш О.В. Розробка комбінованих рослинних засобів для комплексного лікування захворювань печінки.	308
Горошко О.М., Ежнед М.А., Богдан Н.С., Гудзь Н.А., Ткачук Л.Ю. Хроноритмологічні особливості ліпофлавоу на показники антиоксидантного захисту щурів при експериментальній гострій нирковій недостатності.	309
Драчук В.М. Динаміка антиоксидантного захисту нирок при застосуванні ТАД 600 за умов експериментальної рабдоміолїтичної гострої ниркової недостатності.	309
Заморський І.І. Хроноперїодична система як функціональна система регуляції ритмів організму.	310
Зеленюк В.Г. Вплив статинів на оксидативний та нїтрозативний стрес при гострій нирковій недостатності.	311
Кишкап І.Г. Фармакоеконοмічні аспекти метилксантинових препаратів.	312
Кметь О.Г. Вплив поєданого введення пірацетаму та мемантину на антиоксидантний стан окремих структур головного мозку за дії гострої гіпоксії.	313