



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.





РМА після лікування склав 22,8±0,60%, тобто вираженість запальних явищ після застосування ополіскувача, у складі комплексного лікування зменшилась у 2,1 рази.

Таким чином, перебіг хронічного гінгівіту в хворих 20-30 ти років супроводжується низьким рівнем гігієни порожнини рота внаслідок несформованості й недотримання навичок регулярного гігієнічного догляду. Тому комплекс лікувально-профілактичних заходів повинен урахувати необхідність навчання та моніторингу дотримання раціональної гігієни порожнини рота, індивідуалізований вибір засобів гігієни, проведення професійної гігієни. Включення до складу комплексу лікувально-профілактичних заходів ополіскувача у формі ротових ванночок упродовж перших 10-ти днів лікування сприяє тривалій нормалізації стану гігієни порожнини рота та зменшенню проявів запалення у тканинах ясен.

Кузняк Н.Б., Дроник І.І.

ВИЗНАЧЕННЯ ЛОКАЛЬНОГО ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

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

В структурі стоматологічних захворювань хронічний генералізований пародонтит займає одне із провідних місць. Цьому сприяє довготривалість лікування та часті загострення запального процесу. Гнійне запалення в тканинах пародонту у хворих на хронічний генералізований пародонтит розвивається внаслідок лії мікс-інфекції та зниженні імунних механізмів захисту пародонта. Як відомо, гнійне запалення супроводжується активацією лімфоцитів та макрофагів у місці ураження. Це сприяє виділенню клітинами біологічно активних речовин, зокрема, цитокінів, що формують запальну та імунну відповідь організму, однак, відомості про регуляторну роль протизапальних цитокінів, в першу чергу ІЛ-4, у хворих на хронічний генералізований пародонтит з гнійними вогнищами в тканинах пародонта, в літературі відсутні.

Метою роботи було вивчення локального цитокінового статусу у хворих на хронічний генералізований пародонтит та визначення домінуючих імунних порушень, що мають значення для високого рівня ризику формування гнійного вогнища в тканинах пародонту.

Досліджено 48 хворих на хронічний генералізований пародонтит І-ІІ ступеня важкості. В І групу увійшли 22 пацієнти з гнійними виділеннями з пародонтальних кишень, серед них 14 жінок та 8 чоловіків. В цій групі І ступінь важкості визначався у 6 хворих та ІІ-у 16. В ІІ групу входило 26 пацієнтів, в яких на момент дослідження та в анамнезі гнійних виділень з пародонтальних кишень не спостерігалось. І ступінь важкості хронічного генералізованого пародонтиту був наявний у 7 хворих та ІІ-у 19 пацієнтів. Контрольну групу склали 22 практично здорових досліджуваних, з інтактними зубами та тканинами пародонта. Концентрацію ІЛ-1b, ФІП-а та ІЛ-4 в змішаній пестимульованій слині, визначали шляхом твердо фазного імуноферментного аналізу з допомогою реагентів ТОО «Цитокін».

Проведене дослідження основних цитокінів, в секреті ротової рідини, та подальший аналіз результатів показали, що у пацієнтів І та ІІ груп спостерігались спільні закономірності змін прозапальних інтерлейкінів. При вивченні індивідуальних показників встановлено, що у представників 2-х груп рівень прозапальних цитокінів був значно вищий порівняно з показниками здорових добровольців. У пацієнтів з гнійними виділеннями з пародонтальних кишень рівень ІЛ-1b підвищувався в 4,5 рази та ФІП-а в 3,1 рази, порівняно з нормою. Подібна тенденція визначалась і у хворих без гнійних виділень з пародонтальних кишень. Концентрація прозапальних цитокінів наростала відповідно в 2,3-2,4 рази. В ході досліджень було встановлено, що підвищена експресія прозапальних цитокінів у хворих без гнійних виділень з пародонтальних кишень асоціювалась з певним підвищенням в слині рівня ІЛ-4, а у хворих з гнійними виділеннями рівень ІЛ-4 навпаки виявився нижчим та відрізнявся від нормальних значень. Таким чином параметри ІЛ-4 виявились досить чутливим показником при оцінюванні власне проявів захворювання.

Отже, у хворих на хронічний генералізований пародонтит в період прояву гнійно-запальних ускладнень в пародонті мають місце імунні дисфункції, що характеризуються підвищеним рівнем гіперпродукції прозапальних цитокінів (ІЛ-1b та ФІП-а) та маловираженою тенденцією до накопичення вмісту ІЛ-4. Знижений рівень ІЛ-4 в слині може слугувати діагностичним критерієм гнійно-запального процесу в тканинах пародонта.

Кузняк Н.Б., Паліс С.Ю.

ЗАЛОЗИСТО-ОДОНТОГЕННІ КІСТИ ЩЕЛЕП

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«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 Padayachec S. і Van Wyk A. в 1987 році. В подальшому Гарнер В. 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 D. (2006) з колегами 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 Чернівцької ОКЛ в 2013 році. Помірпо-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 (2014) зроблено припущення, що в період ембріонального розвитку щелеп в оптогенезі 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 свиня, качконіс, щелепзуб, 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 виявляться в складі еволюційних кіст.

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

Кузняк Н.Б., Трифаненко С.І., Бойчук І.Т.

ЛІКУВАННЯ АЛЬВЕОЛІТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ МІСЦЕВОЇ СОРБЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

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

Профілактика та лікування післяопераційних гнійно-запальних процесів залишаються актуальними питаннями для сучасної хірургічної стоматології. Ці проблеми пояснюються тенденцією до зростання кількості ускладнень після типового і атипового видалення зубів, зокрема, та терміном загоєння післяекстракційної рани. Одним з найчастіших післяопераційних ускладнень при видаленні зубів є альвеоліт. Особливо важливе значення має лікування гнійно-некротичних і некротичних альвеолітів, які при неадекватному лікуванні ускладнюються остеомієлітом лупки. Серед лікарських засобів, що застосовуються при місцевому лікуванні післяекстракційних ран, предметом нашого подальшого дослідження був препарат «Целоформ», що є біосумісним матеріалом та володіє не тільки достатнім сорбційним рівнем, але і дренажним ефектом, має виражену бактерицидну, протизапальну, знеболюючу, протинабрякову дію і створює в лунці оптимальні умови для активного перебігу репаративних процесів.

Даний сорбент отриманий шляхом компресійного впливу на бавовняне волокно (хірургічна вата) до розмірів 20-50 мкм і являє собою напівпрозорі голки з дуже гострими косо зрізаними краями. Такі голки мають хороше зчеплення з мембранними поверхнями клітин, як мікроорганізмів, так і тканин людини, легко утримують не тільки воду, але й елементи крові і лімфи і саме за рахунок цього добре фіксується в лунці.

Хворих на альвеоліт було поділено на дві групи. В основній групі (22 чоловік) проводилося лікування із використанням протиальвеолітної активної пов'язки препаратом «Целоформ», а саме ревізія, медикаментозна обробка комірки зуба, та подальше введення в післяекстракційну рану сорбенту «Целоформ», а в контрольній групі (20 чоловік) – лікування тільки традиційними методами.

Проведений аналіз клінічних та лабораторних показників ефективності лікування встановив, що застосування протиальвеолітної активної пов'язки сприяло вірогідно швидшому зниженню показника лейкоцитозу в загальному аналізі крові, зниженню показників загальної інтоксикації – молекул середньої маси та індексу еритроцитарної інтоксикації.

Аналіз мікробіологічного дослідження рани, який проводився на початку та на третю добу лікування, виявив значне зниження обсіменіння лунок зубів аеробної та факультативної мікрофлори порожнини рота під впливом протиальвеолітної активної пов'язки, що сприяло ефективнішому лікуванню запального процесу в лунці видаленого зуба і було підтверджено клінічними дослідженнями.



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
Сенютович 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 лактогену 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
Підвербська 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