



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.





анатомічних зрізів, графічного та пластичного реконструювання, тонкого препарування під контролем бінокулярної лупи, морфометрії.

Встановлено, що на цьому етапі розвитку форма і будова ротової порожнини не відрізняються суттєво від таких у передплідів 56, 0 79,0 мм ТКД. Зачаток ПЯСЗ представлений системою проток з дистальними утвореннями округлої форми, які ми розцінюємо як початковий етап формування кінцевих секреторних відділів (ацинусів) залози. Встановлено, що у даній віковій групі спостережень велика під'язикова протока ПЯСЗ у переважній більшості випадків (14 із 15) зливається з піднижньощелепною вивідною протокою, утворюючи спільну вивідну протоку під'язикової та піднижньощелепної слинних залоз. Остання відкривається на дні ротової порожнини в ділянці під'язикового м'яса, де приймає участь у формуванні сосочка язика.

Детальне мікроскопічне дослідження серійних гістологічних зрізів ПЯСЗ плодів людини 4-5 місяців ВУР (81,0–185,0 мм ТКД) дозволяє дійти висновку, що варіанти форми ПЯСЗ людини залежать від кількості самостійних часточок. За наявності великої їхньої кількості повздовжній діаметр залози збільшується і вона стає подібною до витягнутого в довжину еліпсоїда; за меншої кількості часточок повздовжній діаметр зменшується і ПЯСЗ формою стає наближена до сплюсненого диска товщо. Отже, наряду з типовою, форма ПЯСЗ може бути: куляста, еліпсоїдна, сплюсненого диска.

Антропометричні характеристики (довжина, висота, товщина) ПЯСЗ людини у Пл 4-5 місяців ВУР (81,0–185,0 мм ТКД) представлено в табл.

Таблиця

Антропометричні характеристики ПЯСЗ людини у плодів 4-5 місяців ВУР (81,0-185,0 мм ТКД)

Вік плодів, місяці	ТКД, мм	Під'язикова слинна залоза		
		довжина, мм	висота, мм	товщина, мм
4 місяць	81,0	3,59	3,07	2,83
	82,0	3,80	3,19	2,91
	85,0	3,90	3,23	3,11
	100,0	4,14	3,28	3,12
	105,0	4,20	3,44	3,24
	135,0	4,83	3,70	3,69
M ± m	97,80 ± 8,50	4,08 ± 0,17	3,32 ± 0,09	3,15 ± 0,12
5 місяць	138,0	5,18	3,86	3,95
	141,0	5,30	4,02	4,17
	145,0	5,38	4,34	4,38
	160,0	6,46	4,50	4,63
	164,0	6,44	4,76	4,94
	178,0	6,64	4,58	5,01
	180,0	6,67	4,58	5,08
	185,0	6,80	4,74	5,24
M ± m	162,90 ± 6,54	6,21 ± 0,24	4,45 ± 0,11	4,73 ± 0,16

Отже, впродовж 4–5 місяців ВУР (плоди 81,0–185,0 мм ТКД) вся ПЯСЗ представлена часточками, що з'єднані між собою пухкото сполучною тканиною в одне ціле. Одпочасно з основним зачатком ПЯСЗ паявними є зачатки від 4 до 10 самостійних часточок з вивідними протоками, що відкриваються своєрідним "лашкочком" на слизовій оболонці дна порожнини рота вздовж під'язикової складки (по обидва боки від вуздечки язика). Встановлено, що протоки самостійних часточок ПЯСЗ або піднімаються вгору вертикально, або (що спостерігали частіше) спрямовані похило ззаду-наперед, зовні-всередину. Особливістю морфологічної та антропометричної характеристики ПЯСЗ людини в даний період пренатального розвитку є генетична здатність до формування самостійних додаткових часточок залози, що мають самостійні вивідні протоки. Злиття секреторних відділів самостійних часточок ПЯСЗ з основною складовою зачатка залози спостерігається наприкінці передплодового – початку плодового періодів пренатального онтогенезу.

Белікова Н.І.

ПАРАЛЕЛОМЕТРІЯ, ЯК МЕТОД ВИБОРУ ПРИ ШИНУВАННІ РУХОМИХ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ

Кафедра ортопедичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Патологічна рухомість зубів - один із провідних симптомів дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта, на які страждає від 80-95% населення у віці старше 35 років. Досягати ремісії патологічного процесу без стабілізації рухомих зубів неможливо. З метою збереження зубів і їх функцій застосовують різні види шинування. Досить багатий вибір шин і способів шинування не забезпечує тривалий термін користування шинами. При шинуванні зубів з ураженим пародонтом роль паралелометрії має велике значення, так як збільшуються зміщення і непаралельність рухомих зубів.

З цією метою нами проведено аналіз ортодонтичної патології та наявність травматичної оклюзії у пацієнтів з генералізованим пародонтитом, які потребували адгезивного шинування і як метод вибору запропонована паралелометрія.

Нами встановлено, що у 82,7% осіб були запально-дистрофічні зміни тканин пародонта серед 81 пацієнта 30-49 років при активному зверненні. У 80,2% хворих були скарги на рухомість зубів. Рухомість зубів I-II ступеня констатована у 43,2% пацієнтів, II ступеня – у 20,98%, III ступеня – у 35,8%. Отже із подальшого обстеження вилучена група хворих із патологічною рухомістю III ступеня. Шинування проведено 52 пацієнтам з генералізованим пародонтитом середнього ступеня тяжкості.

У 54,2% обстежених була виявлена ортодонтична патологія: зміни положення окремих зубів – у 65,43%, наявність трем у 28,39%, наявність діастеми у 16,04%, скученість зубів нижньої щелепи у 14,81%, віялоподібне розходження зубів на верхній щелепі – у 8,65%, у 95,06% хворих - ознаки травматичної оклюзії. Також, діагностовано різні види патологічних прикусів: у 25,92% - глибокий, у 19,75% - дистальний, у 6,17% - медіальний, у 2,46% - перехресний. Це потребувало проведення предортопедичної підготовки, а виготовлення шин – вивчення моделей у паралелометрії.

Для діагностики наявних супраконтактів використано метод оклюзіографії. При виготовленні шин на передні зуби нижньої щелепи, що мають вестибулярний пахил, необхідно ретельно вивчати діагностичних моделей в оклюдаторі, а також їх попередня паралелометрія. В іншому разі їх виготовлення пов'язане з помилками. Причиною їх є високе розташування лінії огляду на вестибулярній поверхні передніх зубів, тобто майже біля ріжучого краю. У зв'язку з цим умови для накладання адгезивної шини різко погіршуються через відсутність місця на опорній частині зубів з вестибулярного боку.

За допомогою відповідного нахилу моделі можна легко збільшити опорну зону. При плануванні розміщення шини на вестибулярній поверхні здійснювали задній пахил моделі, при якому передній (вестибулярний). Отже, завдяки попередньому вивченню діагностичних моделей в паралелометрії вибирався найбільш оптимальний шлях накладання і розміщення армуючого елемента адгезивної шини з використанням традиційної методики (оральне шинування) або власної методики шинування.

Так, при прямому прикусі і резорбції кістки до ¼ висоти (за даними рентенографії) вибирався задній нахил моделі і армуючий елемент адгезивної шини розміщувався на нижній щелепі на вестибулярній поверхні. При прогенічному (мезіальному) або прогнатичному (дистальному) прикусі для планування шинування фронтальних зубів також вибирався задній нахил моделі, що звільняло для ретельного огляду вестибулярну поверхню зубів для розміщення армуючого елемента з вестибулярного боку. Кривизна ретенційної лінії залежала від ступеня резорбції альвеолярного відростка та рухомості зубів. Внаслідок перівомірної рухомості зубів ретенційна зона проходила високо, майже на рівні ріжучого краю різців, і опускалася нижче в ділянці іклів (що в окремих випадках і зумовлювало їх депульпування). При глибокому різцевому перекритті зубів внаслідок відсутності місця на вестибулярній поверхні фронтальних зубів вибирали передній пахил моделі з перенесенням армуючого елемента АШ на язикову поверхню.

Аналізуючи варіант ортогнатичного прикусу або ортогнатичного перекриття, ми зіштовхнулися з проблемою неможливості чи утруднень при накладанні шини на вестибулярній поверхні зубів ІІІЦ. Ситуація була подібна до глибокого різцевого перекриття. Це призводило до того, що, навіть при позитивній мотивації пацієнтів, армуючий елемент на зубах ІІІЦ доводилося розміщувати на язиковій поверхні.

Недоліком розміщення армуючого елемента на язиковій поверхні при скученості різців було те, що після накладання шини і проведення її міжапроксимальної адаптації зміна положення зубів не корегувалася. Навпаки, при накладанні АШ на вестибулярній поверхні за допомогою реставрації можна було повністю відповісти першочесно положення зубів і закріпити його на тривалий час.

Будась Ю.В., Ваколюк О.Б., Костенюк С.В.

МОЖЛИВІ ФАКТОРИ РЕТЕНЦІЇ ТА ДИСТОПІЇ ІКОЛ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Лікування ретенції ікол верхньої щелепи залишається актуальною проблемою для клініцистів. У більшості випадків воно включає хірургічне втручання з наступною ортодонтичною витяжкою ретенованого зуба, що часто супроводжується втратою кісткової тканини, резорбцією кореня і рецесією ясен.

Метою даного огляду було вивчення етіології та можливих факторів ретенції ікол. Це дало б змогу розширити показання до ортодонтичного лікування у ранньому віці і знизити витрати в процесі лікування в постійному прикусі. Первинні етіологічні причини зміщення ікол верхньої щелепи включають: недостатність місця; порушення послідовності прорізування зубів; травми; збереження молочних ікол; передчасне закриття коренів; порушення зачатка зуба; локалізовані патологічні зміни (кісти, одонтоми). Довгий шлях прорізування верхньощелепних ікол був описаний G. Moyers (1991): «Ікло верхньої щелепи проходить більш важкий і звивистий шлях прорізування, ніж будь-який інший зуб. У віці трьох років він розташовується високо у верхній щелепі, його корона спрямована мезіально і лежить лінгвально. Він рухається у бік оклюзійної площини, поступово вирівнюється, і в цей час ніби зіштовхується з дистальною стороною кореня бокового різця. Потім він відхиляється в більш вертикальне положення і часто прорізується в порожниці рота з помітним медіальним нахилом».



В даний час учені дотримуються двох основних теорій ретенції ікол: теорія напрямку і генетична теорія. Відповідно до теорії напрямку, в своєму розвитку ікло проходить «нестачу» опору під час прорізування. Причиною цього може бути надлишок місця в апікальній частині верхньої щелепи чи недорозвиток або відсутність бічних різців. Ця теорія підтримує те, що палатинально дистоповані ікла часто зустрічаються в зубних рядах з мікродентією або відсутністю бічних різців.

Генетична теорія вважає аномалії прорізування верхніх постійних ікол результатом порушення розвитку зубних пластинок. Для цієї теорії існує кілька категорій доказів генетичного походження піднебішної ретенції ікол. Це виникнення двосторонньої ретенції у родичів першого та другого ступеня споріднення, статеві відмінності, а також збільшення кількості інших істотних взаємних стоматологічних асоціацій, таких як ектопічне прорізування перших молярів, інфраоклюзія молочних молярів, аплазія премоларів і третього моляра.

R. Shafer (2001) зі співавторами виділила найбільш поширені наслідки від ретендованих ікол: дистопія ретендованих зубів; переміщення сусідніх зубів і втрата довжини зубної дуги; утворення навкол зубної кістки; резорбції кореня ретендованого зуба, а також сусідніх зубів; інфікування частково прорізаного зуба; іррадіюючі болі; комбінація зазначених вище ускладнень.

Свочасне діагностування порушення положення зубів на початку їх зміни, що генетично пов'язані з ретенцією ікол, можуть допомогти клініцистам у ранньому плануванні лікувальних заходів даної патології.

Буряк А.Ю.

ВИЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ОЦІНКИ ІРОПЗ

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Ефективність прямої реставрації зубів залежить від багатьох факторів, що обумовлені наявністю широкого спектру шлюмбувальних матеріалів, методик проведення реставрації, а особливо відмінністю клінічних ситуацій. Одним з основних критеріїв оцінки стоматологічного статусу в ділянці бічних груп зубів є індексна оцінка – ІРОПЗ.

Мета дослідження - провести порівняльну клінічну оцінку якості прямих реставрацій бічних груп зубів з різною величиною дефектів твердих тканин, виконаних з композиційних матеріалів в певні терміни спостереження.

Для проведення клінічних досліджень була обрана група пацієнтів (57 чоловіків та 61 жінка). У 118 пацієнтів діагностовано 305 зубів, уражених карієсом, після чого були проведені прямі реставрації. Всі реставрації були розділені на 3 групи, в залежності від ступеня дефекту: I група – показник ІРОПЗ до 0,4 (шюмб 110); II група – від 0,4 до 0,7 (шюмб 93); III група – більше 0,7 (шюмб 102). Оцінка проводилася по системі USPHS, яка включає апатомічну форму, крайову адаптацію, шорсткість поверхні, крайове зафарбовування, кольорова відповідність, вторинний карієс та наявність гіперестезії. Характеристики груп, проведення досліджень, оцінювання реставрацій та число спостережень представлені у відповідності до протоколу вимог до емаль/дентинних адгезивних матеріалів Ради по матеріалам Американської стоматологічної асоціації (ADA) (Чікаго, 1994р.).

Спочатку проводилась гігієнічна обробка зубів, які підлягали реставрації. Визначали колір відповідно до шкали VITA. Каріозну порожнину препарували алмазними борами турбіпним пакопечником з водяним охолодженням. Ізоляція зубів проводилася системою раббердам. За необхідності використовували ретракційну нитку, клини, матриці. Відіспаровану порожнину промили 0,05% р-м хлоргексидину, висушили слабким струменем води. При гострому глибокому карієсі в проекції рогів пульпи напосили лікувальну прокладку на основі гідроксиду кальцію. Далі проводилась обробка каріозної порожнини зуба гелем 35% ортофосфornoї кислоти, яка змивалась струменем води та висушувалась. Адгезивну систему наносили на підготовані емаль та дентин. Вносили шлюмбувальний матеріал. Після закінчення відполєпня та контурування зуба проводилось шліфування та полірування з використанням алмазної голівки, полірів, фінірів та полірувального набору.

Клінічну оцінку проводили безпосередньо після відновлення анатомії зуба та через 24 місяці візуально-інструментальним методом по клінічним критеріям.

Отримання в ході експерименту дані були статистично оброблені за допомогою програмного забезпечення STATISTICA 6.0, для виявлення парного кореляційного зв'язку між середніми значеннями вибірок був проведений кореляційний аналіз (розрахований показник рангової кореляції Спірмена - R).

Проведені клінічні дослідження якості реставрацій через 24 місяці показали погіршення їх стану від I до III груп по таким критеріям: 1) Крайова адаптація (p=0,16, різниця не є статистично значимою), I-III група (p=0,007), II-III група (p=0,54, різниця не є статистично значимою); 2) Крайове зафарбування (p=0,16, різниця не є статистично значимою), I-III група (p=0,02), II-III група (p=0,76, різниця не є статистично значимою); 3) Кольорова відповідність (p=0,02), I-III група (p<0,001), II-III група (p=0,07, різниця не є статистично значимою).

Таким чином, найбільш ефективними та більш надійними в даному випадку є реставрації, в яких показник ІРОПЗ менше, тобто I група. Доведено, що у відновлених бічних зубах з різними показниками ІРОПЗ із розрахунком збільшення величини дефекту з часом погіршується показник крайового прилягання та вторинного карієсу (p<0,05).



Ватаманюк М.М.

УДОСКОНАЛЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВИСОТИ ПРИКУСУ ТА ЦЕНТРАЛЬНОГО СПІВВІДНОШЕННЯ ЩЕЛЕП У ХВОРИХ ГЕРАТРИЧНОГО ВІКУ З УСКЛАДНЕНИМ НЕВРОГЕННИМ ГЕНЕЗОМ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРИСТРОЮ М.М. ВАТАМАНЮКА

Кафедра ортопедичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Часто при визначенні центрального співвідношення щелеп у хворих з повною відсутністю зубів зустрічаються помилки. Це є наслідком не тільки зміщенням воскових валиків, деформації їх, а ще і віковими змінами в скронево-нижньощелепному суглобі. Особливо при таких супутніх захворюваннях як хвороба Паркінсона, тремор жувальних м'язів, тощо. За даними літератури число осіб, що потребують протезування повними знімними протезами неухильно зростає, як і в Україні так і в цілому світі. Це пов'язано зі збільшенням тривалості життя літніх людей. Але до демографічних змін у цілому світі приєднується молодша верства людей. Тут має місце зменшення віку людей які потребують протезування повними знімними пластинковими протезами.

З метою покращення протезування хворих з повною відсутністю зубів пластинковими протезами нами розроблений і застосований пристрій, патент на корисну модель UA№97057U.

Пристрій складається з нерухою верхньою пластини та рухою нижньою. В пластині кріпляться, підібрані по розміру, анатомічні ложки, на які нанесена основна силіконова маса. Попередньо зняті традиційним способом індивідуальні ложки знаходяться в ротовій порожнині.

Після введення апатомічних ложок закріплених в пристрої, наповнених основною силіконовою масою хворий повністю змикає щелепи, при цьому пластини пристрою знаходяться в нульовому положенні, тобто повністю зімкнуті. Перевага пристрою над будь-яким рото розширювачем є те, що він по перше відсуває нижню щелепу назад, а це дає можливість суглобовому диску зайняти звичайне передньо-верхнє положення, по друге, пристрій діє симетрично як на лівий так і на правий суглоб та не дозволяє суглобовим головкам зміститись вліво чи вправо, а враховуючи атрофію суглобових головок, ямок, бугрів та ін. Дуже важливо для вже не молодих пацієнтів, які потребують протезування повними знімними пластинковими протезами.

Моделі з індивідуальних ложок відливаються у пристрої. Пристрій дозволяє відтворити дзеркальні рухи нижньої щелепи, враховуючи площини суглобових головок за допомогою гвинта, який розсовує площини і повертає нижню щелепу в первісне положення відсуваючи її назад. Патент UA№97055U. Конструкція дозволяє уникнути етапу виготовлення воскових валиків, блоків, тощо. Та дає можливість зафіксувати моделі безпосередньо в артикулятор для постановки штучних зубів на воскових базисах, минаючи два відвідування лікаря стоматолога - ортопеда.

Таким чином виготовлення повних знімних пластинкових протезів за допомогою нашого пристрою дозволяє абсолютно точно визначити висоту прикусу та центральне співвідношення беззубих щелеп, а також зменшити кількість відвідувань лікаря стоматолога - ортопеда до двох разів. Патент UA№97055U.

Ватаманюк Н.В.

ДІАГНОСТИКА ХВОРИХ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ПОЧАТКОВІЙ СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ

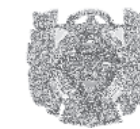
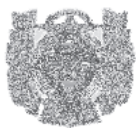
Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

За останні роки була визначена етіологічна роль цілої групи умовно - патогенних і патогенних мікроорганізмів у виникненні запальних захворювань пародонту. Практично не вивченим залишається питання про стан мікробіоценозу у хворих на генералізований пародонтит на початкових стадіях захворювання і проте, які специфічні зміни відбуваються при цьому в бактеріальній флорі навкол зубних тканин. Таким чином, питання, що стосуються з'ясування зміни мікробіологічного профілю пародонтальних тканин у хворих на хронічний генералізований пародонтит на початковому етапі його розвитку в порівнянні, з біоценозом пацієнтів, які страждають катаральним гінгівітом, дуже актуальні і вимагають подальшого вивчення. З метою їх використання як додаткових критеріїв при проведенні диференційної діагностики цих захворювань. У зв'язку з вище викладеним, перспективним є використання молекулярно-генетичних способів експрес-діагностики бактеріального стану, різних біотопів. Однією з таких методик є полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР), яка передбачає використання генетичних маркерів пародонтальних бактерій. Прикладом тест-систем, розроблених останнім часом для цих цілей, є Micro-Dent R тест (Швейцарія). Тест не вимагає живих бактерій, спеціальних середовищ і особливих пересторог при транспортуванні і проведенні аналізів. Таким чином дана методика відкриває нові перспективні можливості в дослідженні складу мікробіоценозу пародонтальних тканин у різних групах хворих.

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 навкол зубних структурах.



Рудницький Р.І. Рання діагностика сексуальних розладів у пацієнтів з непсихотичними психічними розладами та диференційоване медико-психологічне лікування.	211
Русіна С.М., Нікоряк Р.А. Поширення тривожних розладів серед молоді в Буковинському регіоні.	212
Юрценюк О.С. Дослідження рівня особистісної тривожності у студентів-медиків.	212
Яремчук О.Б. Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хворобою Паркінсона.	213
СЕКЦІЯ 11 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ, ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ ТА ЛОР ХВОРОБ	
Andriyehuk D.R. Peculiarities of peptic ulcer in children in the context of examination.	214
Бабінцева А.Г. Особливості ренального кровопливу критично хворих доношених новонароджених за даними сонографічних методів обстеження.	215
Bezruk V.V., Bezruk T.O. Administrative-territorial and sex features etiological, spectrum of urinary tract infection in children (on the example of the Chernivtsi region).	216
Білоус Т.М. Нейнвазивна діагностика пневмонії на тлі загострення бронхіальної астми у дітей шкільного віку.	216
Богущька Н.К. Результати кластерного аналізу фенотипової неоднорідності бронхіальної астми раннього та пізнього початку в дітей шкільного віку залежно від ацетиляторного статусу.	217
Боднар Б.М., Унгурян А.М. Оптимізація лікування обмежених форм заразного контагіозного моллюску у дітей.	218
Боднар О.Б. Передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дітей з хронічним колюстазом обумовлений природженими вадами ободової кишки.	219
Буряк О.Г. Глутатіонпероксидаза як діагностичний маркер паренхіматозної дихальної недостатності у новонароджених.	220
Ватаманеску Л.І. Показники місцевого імунітету у дітей з природженими вадами ободової кишки.	221
Гарас М.П. Клінічно-пαραклінічні особливості тяжкої бронхіальної астми у школярів залежно від інтенсивності запалення бронхів.	222
Гінгуляк М.Г. Спірографічні показники вентиляційної функції легень у хворих бронхіальною астмою.	223
Годованец А.С., Перижняк А.И., Попелюк Н.А. Пробиотическая терапия при сочетанных нарушениях пищеварения у новорожденных.	224
Дроник Т.А. Принципи катанестичного спостереження дітей раннього віку з гастроентерологічними порушеннями внаслідок перинатальної патології.	225
Ковтюк Н.І. Показники якості життя дітей хворих на спіленсію та можливості їх покращання.	225
Колоскова О.К., Білик Г.А. Ефективність лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від показників ремоделювання бронхів.	226
Курик О.В. Предиктори та клінічні особливості порушень функціонального стану системи травлення в комплексі поліорганної недостатності при критичних станах у новонароджених дітей.	226
Ластівка І.В. Уроджені вади розвитку шлунково-кишкового тракту в дітей Чернівецької області: епідеміологія та чинники виникнення.	227
Левицька С.А. Особливості хірургічного лікування захворювань глотки у дітей із ожирінням.	228
Мазур О.О., Яковець К.І., Калущький І.В., Плаксивий О.Г. Дисбіотичні зміни мікробіоти порожнини товстої кишки у хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит.	229
Magusyk U.I. Features atopic reactivity in school-age children with severe asthma.	229
Мельничук Л.В. Проблемні питання зниження дитячої інвалідності.	230
Міхєєва Т.М. Особливості кровонаповнення слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей.	231
Міхєєва Т.М. Оцінка стану мікроциркуляції у дітей із ураженнями гастродуоденальної зони.	231
Нечитайло Д.Ю. Добовий моніторинг артеріального тиску, як другий етап скринінгу на артеріальну гіпертензію серед школярів.	232
Ортеменка Є.П. Предиктори гіпоксично-ішемічної енцефалопатії у новонароджених, що народилися з низькою до гестаційного віку масою тіла.	233
Перижняк А.І. Стан серцево-судинної системи новонароджених за умов перинатальної гіпоксії.	234
Підвисоцька Н.І. Значення клініко-генетичного методу в діагностиці спадкової патології.	234
Popelyuk N.O., Popelyuk O.-M.V. Modern aspects of diagnostic criteria of gastrointestinal diseases.	235
Popelyuk N.O., Popelyuk O.-M.V. Morphological peculiarities of gastroduodenal pathology in children.	236
Попелюк Н.О., Годованець О.С., Попелюк О.-М.В. Клініко-параклінічні показники при патології пілородуоденальної зони у дітей.	236
Ризничук М.О. Особливості фенотипу та генетична мінливість у дітей із синдромом Шерешевського-Тернера.	237
Сажин С.І. Якість життя та рівень контролю бронхіальної астми у дітей шкільного віку.	238
Сапунков О.Д. Особливості будови середнього вуха у плодів людини 9 місяців розвитку.	239
Семань-Мінько І.С. Природне вигодовування дітей.	240
Sokolnyk S.V., Sorokman T.V. Prediction of peptic ulcer in children.	240

Сокольник С.О. Аргон-плазмова коагуляція при виразкових гастро-дуоденальних кровотечах у дітей.	241
Сорокман Т.В., Васкул Н.М. Частота виразкової хвороби в дітей Чернівецької області.	242
Сорокман Т.В., Чечул А.М., Нисторяк Г.Д. Розповсюдженість зобу у дітей із різних географічних зон Чернівецької області.	242
Тарнавська С.І. Особливості фенотипу астми пізнього початку залежно від характеристики ацетиляторного статусу дітей.	243
Шахова О.О. Показники гіперсприйнятливості бронхів у дітей, хворих на бронхіальну астму з фенотипом фізичного зусилля.	244
Швигар Л.В. Вплив вегетативного тону нервової системи на індекс Руф'єса.	244
Юрків О.І. Виявлення порушень функціонального стану кишечника у новонароджених.	245
СЕКЦІЯ 12 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	
Акентьєв С.О., Березова М.С. Системні токсичні реакції місцевих анестетиків та алгоритм лікування зупинки серця, спричиненої ними.	246
Андрушак А.В., Коновчук В.М. Визначення ефективності методів інтенсивної терапії при ендогенній інтоксикації за показниками – маркерами простих рецепторно-ефекторних систем.	246
Андрушак А.В., Коновчук В.М. Шляхи корекції синдрому ендогенної інтоксикації.	247
Кифяк П.В., Петринич В.В. Застосування ультрафіолетового опромінення аутокрові у хворих з гострим пієлонефритом.	248
Ковтун А.І. Застосування гіпербарооксії при ендо- та екзотоксикозах і післяопераційному періоді.	248
Кокалко М.М. Критерії відбору хворих для проведення трансуретральних резекцій передміхурової залози з метою попередження ГУР-синдрому.	249
Петринич В.В. Розвиток порушень поведінкових реакцій за умов підгострої інтоксикації марганцю хлоридом у щурів з різною швидкістю ацетилювання.	250
Ротар В.І., Ротар О.В. Прогностичне значення складових синдрому мультиорганної недостатності при гострому некротичному панкреатиті.	250
Ткачук О.В. Реакція РНК тимоцитів щурів зі стрептозоцин-індукованим цукровим діабетом на ішемічно-реперфузійне пошкодження головного мозку.	251
СЕКЦІЯ 13 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ	
Бамбуляк А.В., Ткачик С.В. Топографо-анатомічні взаємовідношення лобових пазух із суміжними структурами у грудному віці онтогенезу людини.	252
Батіг В.М., Солтис О.М. Використання скловолоконних штифтів при реєстрації коронкової частини ендодонтично лікованих зубів фронтальної групи.	253
Бернік Н.В., Олійник І.Ю. Морфометрична характеристика під'язикових слинних залоз плодів людини на 4-5 місяцях пренатального розвитку.	253
Белікова Н.І. Паралелометрія, як метод вибору при шинуванні рухомих фронтальних зубів.	254
Будаєв Ю.В., Ваколюк О.Б., Костенюк С.В. Можливі фактори ретенції та дистонії ікол верхньої щелепи.	255
Бурик А.Ю. Визначення клінічної оцінки ІРОНЗ.	256
Ватаманюк М.М. Удосконалення визначення висоти прикусу та центрального співвідношення щелеп у хворих геріатричного віку з ускладненим невротичним генезом за допомогою пристрою М.М.Ватаманюка.	257
Ватаманюк Н.В. Діагностика хворих з генералізованим пародонти том на початковій стадії захворювання.	257
Вітковський О.О. Частота і характер запальних ускладнень при переломах щелеп в залежності від термінів надходження в спеціалізовані установи.	258
Галагідина А.А., Гаген О.Ю., Кушнір О.Л. Зміни активності антиоксидантних ферментів та пероксидного окиснення ліпідів в привушних залозах щурів при цукровому діабеті ускладненому ішемією-реперфузією головного мозку.	259
Герасим Л.М. Фетальна анатомія загальних сонних артерій.	260
Годованець О.І. Клінічні аспекти стоматологічних захворювань у дітей із патологією щитоподібної залози.	260
Дмитренко Р.Р., Белик В.В. Вікові функціональні особливості реагування тканин ясен на нерривчасту гілобаричну гіпоксію і фотоперіод різної тривалості.	261
Дорубець А.Д. Ступінь порушень імунологічної реактивності організму пацієнтів з малими дефектами зубних рядів.	262
Дячук І.І. Особливості будови стінок клиноподібної пазухи в зрілому віці.	262
Ішков М.О., Гаманюк Р.М. Результати анкетування лікарів-стоматологів щодо проведення місцевої анестезії в терапевтичній стоматології.	263
Касіяничук М.В., Кузняк Н.Б., Проць Г.Б. Імобілізація м'яких тканин після внутрішньоротових втручань.	264