



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.





Дорубець А.Д.

## СТУПІНЬ ПОРУШЕНЬ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ПАЦІЄНТІВ З МАЛИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ

*Кафедра ортопедичної стоматології*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Імунна реактивність організму обумовлена функціональною активністю факторів і механізмів неспецифічного протиінфекційного та специфічного імунного захисту. Як при захисних реакціях, так і при імунопатологічних станах імунні механізми тісно пов'язані з іншими клітинними і гуморальними процесами, що протікають в організмі.

Під нашим спостереженням знаходилися 44 пацієнтів з малими дефектами зубних рядів верхньої і нижньої щелепи, яким різними методами були виготовлені незнімні мостоподібні протези. Крім клінічного спеціального і пара клінічного обстеження пацієнтів у них була вивчена загальна імунологічна реактивність організму з встановленням ступеня імунних порушень, який був використаний для розробки терапевтичної тактики для кожного пацієнта.

Процес формування малих дефектів зубних рядів супроводжується збільшенням абсолютної кількості лейкоцитів на 23,90% (I ступінь) за рахунок формування стійкої тенденції до зростання абсолютної кількості гранулоцитарних лейкоцитів на 15,10% (I ступінь), в тому числі – нейтрофілів гранулоцитів – на 15,49% (I ступінь), агранулоцитів на 42,29% (II ступінь), в т. числі лімфоцитів на 50,0% (II ступінь), і моноцитів на 13,33% (I ступінь). Наведені зміни абсолютної кількості гранулоцитарних та агранулоцитарних імуноконститентних клітин у периферійній крові пацієнтів з малими дефектами зубних рядів засвідчують про наявність запального процесу в організмі, що знайшло підтвердження у зростанні на 67,85% ШОЕ (III ступінь), яке стає формується, за прискореним типом.

У пацієнтів з малими дефектами зубних рядів імунологічна специфічна реактивність організму на даному етапі не зазнає суттєвих змін. Формування гуморальної і клітинної відповіді знаходяться, з пашої точки зору, на латентній стадії, що не проявляється її ефективність. На даному етапі активуються фактори і механізми неспецифічного протиінфекційного захисту на 67,69% (III ступінь імунних порушень).

Зниження індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів на 97,85% (III ступінь) засвідчує про переважання у протиінфекційному неспецифічному захисті макрофагальної системи, клітини якої знищують пошкоджені і загинувші клітини, беруть участь у процесі елімінації старих еритроцитів та очистки раневої поверхні. Вони сприяють синтезу біологічно активних речовин і формують специфічної імунної відповіді (шляхом модифікації антигенів і презентації їх Т-лімфоцитам (TCD4+). Моноцити/макрофаги, що переважають у неспецифічному захисті відіграють важливу роль в ініціації імунної відповіді шляхом захоплення і процесингу антигена, презентації його TCD4+ лімфоцитом і секреції останніми монокіна -1 (IL-1), основного активатора Т-лімфоцитів. Підвищення лімфоцитарного індексу на 52,38% (II ступінь), і зниження лейкоцитарного індексу на 41,35% (I ступінь), засвідчують про перевагу в імунній відповіді клітинної ланки специфічного і неспецифічного імунного захисту в пацієнтів з малими дефектами зубних рядів. Зростає на 58,86% (II ступінь), лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу дозволяє стверджувати про перевагу автоінтоксикації над інфекційною інтоксикацією і формування клітинної імунної відповіді. Це знайшло підтвердження у тенденції до зростання на 15,87% (I ступінь), індексу співвідношення лейкоцитів і ШОЕ. Зниження на 51,82% (I ступінь), індексу зсуву лейкоцитів засвідчує про зниження інтенсивності запального процесу і порушення у формуванні адекватної імунної відповіді.

Зростає на 38,96% (II ступінь), індексу алергізації у пацієнтів з малими дефектами зубних рядів дозволяють припустити про формування гіперчутливості імунної системи до продуктів розпаду тканин після екстракції зубів, а не змінність індексів співвідношення лімфоцитів та созинофілів, а також індексу співвідношення оезипофілів і лімфоцитів засвідчують про формування гіперчутливості уповільненого типу.

Із 14 імуногематологічних коефіцієнтів та індексів, які характеризують стан імунологічної реактивності організму пацієнтів з малими дефектами зубних рядів, мають різний ступінь імунних порушень. Так, перший ступінь імунних порушень виявлені у 50% пацієнтів. У цих пацієнтів продовжувався моніторинг над імунним статусом організму. Лікування не проводилося. У 26 пацієнтів, в яких встановлений другий ступінь імунних порушень (45,45%), використовували для корекції імунного статусу рослинні імуностимулятори, а у 2 (4,54%), в яких виявлені порушення III ступеня – приміняли імунотропні препарати центральної дії.

Дячук І.І.

## ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ СТІНОК КЛИНОПОДІБНОЇ ПАЗУХИ В ЗРІЛОМУ ВІЦІ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Упродовж багатьох років питання анатомії, топографії і функціональних взаємовідношень структур лицевого відділу залишалися відкритими і вирішувалися в міру розвитку технічного прогресу [Макар Б.І. і співавт., 2013]. Діагностика і лікування захворювань клиноподібної пазухи є більш складним і важчим завданням у порівнянні з захворюваннями інших пазух. Має місце недостатня обізнаність спеціалістів із сучасними анатомо-фізіологічними та інструментальними методами їхнього дослідження і лікування [Пальчун



В.Т., 2005]. Збільшення частоти запальних і пухлих захворювань ЛОР-органів, а також їхніх ускладнень спонукає дослідників до пошуку не тільки нових методів лікування та профілактики патологічних процесів, а й детальнішого вивчення топографо-анатомічних особливостей клиноподібної пазухи.

Метою роботи було з'ясувати вікові зміни в будові і топографо-анатомічному взаємовідношенні стінок клиноподібної пазухи із суміжними утвореннями в зрілому віці людини. Клиноподібна пазуха розташована в тілі клиноподібної кістки, її передньо-задній розмір коливається від 10 мм до 46 мм, ширина – 10-32 мм і висота 9-34 мм. На всіх препаратах визначалися шість стінок: верхня, нижня, передня, задня, внутрішня та зовнішня. Верхня стінка клиноподібної пазухи утворена основою малих крил клиноподібної кістки і медіально від них розташованими зоровими отворами, які продовжувалися в зорові канали. Найбільшу частину верхньої поверхні запальної пазухи утворювало турецьке сідло, на дні якого препарувався гіпофіз, прикритий зверху твердого мозковою оболонкою. Товщина верхньої стінки клиноподібної пазухи складає  $3,5 \pm 0,56$  мм. Нижня стінка клиноподібної пазухи бере участь в утворенні заднього відділу верхньої стінки носової порожнини і склепіння глотки. Її товщина становить  $5,0 \pm 0,35$  мм. На одному препараті (2,5%) товщина стінки не перевищувала 1,8 мм. На бічних краях нижньої стінки виявляються поздовжньо розташовані канали крилоподібних нервів. Передня стінка клиноподібної пазухи також бере участь в утворенні заднього відділу верхньої стінки носової порожнини, вона розташована у фронтальній площині і спрямована зверху допику. Передня стінка розподілена в сагітальній площині клиноподібним гребенем, який закінчувався на всіх препаратах клиноподібним дзьобом. З боків від гребеня розташовані природні отвори клиноподібних пазух. Відстань від кореня носа до передньої стінки пазухи дорівнює  $64,0 \pm 0,56$  мм. Задня стінка клиноподібної пазухи розташована у фронтальній площині. Вона, навіть при значній пневматизації пазухи, значно товща від інших стінок і з'єднана з основою частиною потиличної кістки. Товщина її стінки коливалася від 8 мм до 12 мм. На бічних стінках клиноподібної пазухи на всіх досліджених препаратах виражені солні борозни, в яких розташовані внутрішні солні артерії і печеристі пазухи. Латерально і знизу від борозен починаються великі крила клиноподібної кістки. Внутрішня стінка (перегородка клиноподібних пазух) поділяє пазуху на дві половини. На 26 препаратах (65%) перегородка розташована в сагітальній площині і рівномірно розділяє порожнину. На 8 препаратах (20%) перегородка відхилена вліво, а на 6 препаратах (15%) – вправо. Внаслідок цього значно збільшувалася та чи інша половина клиноподібної пазухи.

Отже, у зрілому віці закінчується ріст клиноподібної пазухи; досліджувана структура має стабільну будову і форму, добре виражені 6 стінок: верхня, нижня, передня, задня, дві бічні стінки, тісно прилягає до комірок решічастого лабіринту. В окремих випадках пазуха впирається в основну частину потиличної кістки. Відмічається різна форма і величина пазухи: 1 – правобічна пневматизація; 2 – лівобічна пневматизація; 3 – рівномірно виражені; 4 – тригранна форма; 5 – пазуха з випинами; 6 – трапецієподібна форма.

Ішков М.О., Гаманюк Р.М.

## РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ ЛІКАРІВ – СТОМАТОЛОГІВ ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

*Кафедра терапевтичної стоматології*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Якість стоматологічного лікування в значній мірі залежить від безболісності маніпуляцій, що проводить лікар. Це обумовлено анатомо-фізіологічними особливостями щелепно-лицевої ділянки, значною кількістю болючих рецепторів у ротовій порожнині.

Вимоги пацієнтів щодо безболісності лікування у стоматолога в останній час значно зросли. Тому вміння лікаря - стоматолога провести безболючне знеболення є необхідною умовою якісного стоматологічного лікування. В процесі проведення місцевої анестезії необхідним є дотримання правил асептики, щоб виключити перехресне інфікування пацієнтів.

Для проведення місцевої анестезії в стоматології все ширше використовується карпульні шприци, хоча нерідко також і одноразові пластикові шприци. Одноразові шприци стерилізуються в процесі виробництва, і за умови використання лише для одного пацієнта не існує ризику перехресного інфікування хворих. Металевий карпульний шприц повинен використовуватися лише для одного пацієнта і після цього проходити перед стерилізаційну обробку та стерилізацію, наприклад, автоклавуванням.

За нашими спостереженнями та після спілкування з колегами, було помічено, що далеко не завжди лікарі дотримуються цього правила. Нерідко можна побачити, як місцеву анестезію проводять за допомогою караульного шприца, а потім, змінивши голку та карпулу, проводиться анестезія наступному пацієнту. При цьому лікар вважає, що змінивши карпулу та голку, добився повної стерильності та не ризикує допустити перехресне інфікування пацієнта.

Будова караульного шприца така, що в процесі заміни використаної голки, її внутрішній кінець (той, що знаходиться в карпулі і є теоретично інфікованим) виймається через адаптер (головку) шприца. При цьому голка неминує інфікує адаптер – варто ввести нову стерильну голку через нього, як вона теж неминує буде інфікована. Саме тому вимагається обов'язково використовувати тільки стерильний караульний шприц. Нами було вирішено провести дослідження дотримання правил асептики при використанні карпульних шприців лікарями стоматологами.



Рудницький Р.І. Рання діагностика сексуальних розладів у пацієнтів з неспсихотичними 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. Неспсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хворобою Паркінсона.	213
<b>СЕКЦІЯ 11 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ, ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ ТА ЛОР ХВОРОБ</b>	
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
Левницька 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
Швиگار Л.В. Вплив вегетативного тонуусу нервової системи на індекс Руф'єса.	244
Юрків О.І. Виявлення порушень функціонального стану кишечника у новонароджених.	245
<b>СЕКЦІЯ 12 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ</b>	
Акентьєв С.О., Березова М.С. Системні токсичні реакції місцевих анестетиків та алгоритм лікування зупинки серця, спричиненої ними.	246
Андрюшак А.В., Коновчук В.М. Визначення ефективності методів інтенсивної терапії при ендогенній інтоксикації за показниками – маркерами простих рецепторно-ефекторних систем.	246
Андрюшак 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 марганієм 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
<b>СЕКЦІЯ 13 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ</b>	
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 гериатричного 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 нереривчасту 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