

**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 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



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 даної вікової групи 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'яся, 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 тощо. Отже, наряду з типовою, форма ПЯСЗ може бути: куляста, еліпсоподібна, 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 пухкою сполучною тканиною в одне ціле. Одночасно з основним зачатком ПЯСЗ наявними є зачатки від 4 до 10 самостійних часточок з вивідними протоками, що відкриваються своєрідним "ланцюжком" 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, ззовні-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.

**Бєлікова Н.І.**

#### ПАРАЛЕЛОМЕРТІЯ, 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. Досягти ремісії патологічного процесу без стабілізації рухомих зубів неможливо. З метою збереження зубів і їх функції 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 наявності 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%, скупченість 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 нахил, необхідне ретельне вивчення 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 нахил моделі, при язиковому – 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 ретенографії) 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 нерівномірної рухомості зубів ретенційна зона проходила високо, майже на рівні ріжучого краю різців, і опускала якомога 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 нахил моделі з перенесенням армуючого елемента АШ на язикову поверхню.

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

Недоліком розміщення армуючого елемента на язиковій поверхні при скупченості 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 відновити первинне положення зубів і закріпити його на тривалий час.

**Будаєв 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 ретенюваного зуба, що часто супроводжується втратою кісткової тканини, резорбцією кореня і ретесією 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 С. Мюєрс (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 коронка спрямована мезіально і дещо 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 порожнині 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 піднебінної 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, алпазія премолярів і третього моляра.

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

Своєчасне 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.

**Бурик 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 пломбувальних матеріалів, методик проведення реставрацій, 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 (пломб 110); II група – від 0,4 до 0,7 (пломб 93); III група – більше 0,7 (пломб 102). Оцінка проводилася по системі USPHS, яка включає анатомічну 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 турбінним наконечником з водяним охолодженням. Ізоляція зубів проводилась системою раббердам. За необхідності використовували ретракційну нитку, клини, матриці. Відпрепаровану порожнину промили 0,05% р-м хлоргексидину, висушили слабким струменем води. При гострому глибокому карієсі в проекції рогів пульпи наносили лікувальну прокладку на основі гідроксиду кальцію. Далі проводилась обробка каріозної порожнини зуба гелем 35% ортофосфорної кислоти, яка змивалась струменем води та висушувалась. Адгезивну систему наносили на підготовані емаль та дентин. Вносили пломбувальний матеріал. Після закінчення відновлення 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 нерухомої верхньої пластини та рухомої нижньої. 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 анатомічних ложек 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 в право, 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 ложек 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 загіпсувати 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 навколозубних тканин. Таким чином, питання, що стосуються з'ясування змін 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 (Німеччина). 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 груп 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 обґрунтованих мікробіологічних критеріїв раннього виникнення деструктивного процесу в навколозубних структурах.