

**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



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 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.

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 навкол зубних 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 навкол зубних структурах.



Визначено видового складу мікрофлори використовували метод бактеріального культивування та метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з подальшою зворотною ДНК-гібридизацією з праймерами основних пародонтальних бактерій.

Мікробіологічними дослідженнями піддавався матеріал, взятий з зубоюсної борозни після триразового ополіскування порожнини рота дистильованою водою. Математична обробка даних лабораторних досліджень проводилася на персональному комп'ютері методом варіаційної статистики. В оцінку бралися середні арифметичні значення і на їх основі обчислювалася середня помилка середньої арифметичної, середнє квадратичне відхилення. Отримані цифрові дані досліджень аналізували з визначенням достовірності середніх значень за критерієм Стьюдента.

Проведені бактеріологічні дослідження показали, що хронічний генералізований катаральний гінгівіт і хронічний генералізований пародонтит на початковій стадії розвитку характеризуються відмінностями в етіологічній структурі. У позитивних посівах матеріалу, взятого з зубоюсної борозни хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт, найчастіше зустрічається аеробна мікрофлора (90,5%), рідше асоціації з анаеробами (9,5% випадків). Хронічний катаральний гінгівіт характеризується відсутністю лактобактерій (у 28,6%) і біфідобактерій (у 23,8%). При цьому у пацієнтів І групи спостерігалось зниження їх кількості в 100-500 разів. Аналогічні результати були отримані і у хворих, що страждають на хронічний генералізований пародонтит в початковій стадії його розвитку, що свідчило про виражені дисбіотичні зміни у складі основної резидентної пародонтальної мікрофлори у пацієнтів як ІІ так і І групи.

Таким чином, мікрофлора, виділена з зубоюсенової борозни є діагностично значущою для виявлення етіології хронічного генералізованого катарального гінгівіту та хронічного. Молекулярно-генетичний експрес метод виявлення основних пародонтопатогенів більш ефективний, ніж традиційні бактеріологічні дослідження, дозволяє швидко і у більшої кількості осіб діагностувати наявність збудників генералізованого пародонтиту. Наявність двох і більше видів основних пародонтопатогенних і мікробних асоціацій, виділених з зубоюсної борозенки збільшує ймовірність формування у хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт запально-деструктивних явищ в тканинах пародонта і є однією з причин його переходу в хронічний генералізований пародонтит.

Вітковський О.О.

ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЛЕП В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРМІНІВ НАДХОДЖЕННЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНІ УСТАНОВИ

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

Незважаючи на поліпшення організації спеціалізованої допомоги постраждалим з ушкодженнями кісток обличчя, проведення комплексної терапії, що включає застосування антибактеріальних засобів, раціональних методів репонування та іммобілізації кісткових відламків, гнійно-запальні процеси як і раніше є одним з найбільш частих ускладнень переломів щелеп.

Серед факторів, що впливають на результати лікування, важливе значення мають: своєчасне і правильне надання медичної допомоги та терміни надходження хворих у спеціалізовані заклад. Наші спостереження (табл.) свідчать про те, що 47,0% хворих поступили на лікування в оптимальний термін, 27,3% звернулися на 2-3 добу, решта 25,7% отримали більш пізню спеціалізовану допомогу. Пізніше надходження хворих в щелепно-лицьові стаціонари обумовлено рядом причин. Намагаючись приховати алкогольне сп'яніння, не знаючи наслідків пошкоджень обличчя, хворі при пошкодженнях середньої тяжкості, а тим більше легкої звертаються в лікувальні установи на 2-3 день після травми. За нашими спостереженнями діагностичні помилки стоматологів-хірургів поліклінік мали місце в 5,3 випадків. Переломи кісток обличчя приймали за удари, запальний процес, утруднене прорізування нижнього третього моляра. Найчастіше помилки спостерігались при переломах нижньої щелепи в області кута, виросткового відростка і скронево-нижньощелепного комплексу.

Ускладнення гнійно-запального характеру виявлені у 57 осіб (23,2%). Травматичний остеомієліт нижньої щелепи діагностовано у 12,4%, верхньої щелепи у 2,3%, травматичний гайморит у 1,3%, запальні процеси в м'яких тканинах, нагноєння кісткової рани мало місце у 7,2% хворих. До причин, які сприяли розвитку зазначених ускладнень, відносяться: пізнє поступлення хворих у стаціонар з явищами вираженого запалення в області перелому, незадовільна іммобілізація, неправильна тактика по відношенню зубів в лінії перелому, недотримання деякими хворими лікувального режиму. Аналіз частоти виникнення ускладнень запального характеру показав, що в першу добу запальні ускладнення спостерігалися в 3,5%, тоді як у хворих, що звернулися за допомогою на 2-3 добу після травми, відсоток ускладнень збільшився до 13,3%. Серед хворих, що звертались в терміни понад 10 діб після травми число ускладнень збільшується майже в 10 разів і складають 32,6%.

Як і раніше одним з найбільш частих гнійно-запальних ускладнень ушкоджень щелеп, переважно нижньої, є травматичний остеомієліт. За матеріалами численних авторів, травматичний остеомієліт ускладнює переломи щелеп в 10-30% випадків. Істотна різниця в частоті травматичних остеомієлітів пояснюється різним розумінням цього ускладнення. Під визначенням травматичного остеомієліту передбачають гнійно-



некротичний процес в зоні пошкодження щелепи, що супроводжується некрозом кістки з утворенням секвестрів і регенерацією кісткової тканини.

Таблиця

Частота і характер запальних ускладнень при переломах щелеп в залежності від термінів надходження в спеціалізовані установи

Термін поступлення (доба)	Число спостережень		Частота запальних ускладнень, %	Частота і характер запальних ускладнень, %	
	абс.	%		Травматичний остеомієліт	Запальні процеси в м'яких тканинах
1	117	47,0	3,5	1,1	2,4
2	40	16,0	6,2	1,8	4,4
3	28	11,2	7,1	2,2	4,9
4	22	8,8	9,6	2,4	7,2
5	11	4,4	9,9	3,1	6,8
6	7	2,8	10,3	3,3	7,0
7	5	2,0	14,0	2,3	11,7
8	5	2,0	12,7	3,2	9,5
9	4	1,6	8,5	4,2	4,3
10	4	1,6	15,6	7,2	8,4
Більше 10 діб	6	2,4	32,6	24,9	7,7
Всього	249	100,0	23,2	14,7	7,2

Аналізуючи структуру гнійно-запальних ускладнень при переломах щелеп, нами було встановлено, що вони можуть бути розділені на три основні групи. Першу групу склали випадки розвитку гнійного процесу в м'яких тканинах, що оточують кісткову рану. Клінічно вони характеризувалися розвитком абсцесів і флегмон клітинних просторів протягом перших півтора тижнів після травми. Нагноєння м'яких тканин при несвоєчасному лікуванні може бути фактором, що повертає до розвитку травматичного остеомієліту. Другу групу хворих склали випадки розвитку обмеженого запального процесу в області перелому. Слизова оболонка альвеолярного відростка зазвичай пошкоджена, інфільтрована, набрякла. З лінії перелому визначається гнійне виділення, формуються піднадокістні абсцеси. Нерідко виникає набряклість тканин. Видалення зуба з лінії перелому, розріз в місці найбільшої інфільтрації тканин, що забезпечують хороше дренирування кісткової рани, зазвичай призводять до абортного перебігу запального процесу. Третю групу хворих з гнійно-запальними ускладненнями характеризувало млявий процес консолидації, що супроводжується періодами загострення запального процесу з утворенням кісткових секвестрів. Основні клінічні ознаки в цих випадках розвивалися в більш пізні терміни (2-4 тижні після травми), що значно затягувало одужання.

Галагдіна А.А., Гаген О.Ю., Кушнір О.Л.

ЗМІНИ АКТИВНОСТІ АНТИОКСИДАНТНИХ ФЕРМЕНТІВ ТА ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ В ПРИВУШНИХ ЗАЛОЗАХ ШУРІВ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ УСКЛАДНЕНОМУ ІШЕМІО-РЕПЕРФУЗІЄЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

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

Сьогодні в Україні налічується понад 1 млн 264 тис. хворих на цукровий діабет, однак, на думку провідних фахівців, ці статистичні показники далекі від істини, оскільки вони враховують тільки виявлених і зареєстрованих осіб. Для оцінки дійсних масштабів захворюваності експерти використовують так зване «правило половини» – вважають, що лише 50% хворих на цукровий діабет поставлено цей діагноз.

Цукровий діабет (ЦД) моделювали однократним внутрішньочеревним введенням стрептозотину (Sigma, США, 60 мг/кг маси тіла) самцям шурів двомісячного віку. По досягненні шестимісячного віку в частини шурів здійснювали двобічне кліпсування загальних сонних артерій протягом 20 хв., після чого відновлювали кровотік для досягнення реперфузії. Для вивчення ранніх наслідків ішемії-реперфузії частину тварин виводили з експерименту через одну годину по завершенні реперфузійного періоду, а відстрочених – на 12-ту добу.

У привушних залозах шурів із ЦД виявлено зростання вмісту ДК (дієнові кон'югати), МА (малоновий альдегід) та активності ГПО (на 35, 28, 26% відповідно), а також зниження активності СОД (супероксиддисмутази) на 63%, а в підверхньощелепних – зростання вмісту МА, активності СОД та ГПО (на 27, 111, 23% відповідно) та зниження на 24% активності КТ (каталази).

За умов ускладнення ЦД каротидною ішемією з одноденною реперфузією в привушних залозах виявлено зростання на 101% активності СОД та на 37% – активності КТ при незмінній інтенсивності процесів ліпопероксидації. Можна думати, що саме значне напруження систем, які забезпечують знешкодження супероксиданіону та пероксиду водню, утримує вільнорадикальне окиснення ліпідів на рівні контролю. На 12-ту добу у тварин даної експериментальної групи ще більше (на 165%) зросла активність СОД. У підверхньощелепних залозах тварин із ЦД ішемія-реперфузія знизилася на 21% уміст ДК в ранні терміни