

**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



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

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

**Кузняк Н.Б., Дроник І.І.**

### **ВИЗНАЧЕННЯ ЛОКАЛЬНОГО ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

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

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

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

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

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

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

**Кузняк Н.Б., Палис С.Ю.**

### **ЗАЛОЗИСТО-ОДОНТОГЕННІ КІСТИ ЩЕЛЕП**

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

Кісти щелеп – одна з найпоширеніших патологій серед захворювань щелепно-лицевої ділянки. Серед операцій, виконаних хірургами-стоматологами в амбулаторних умовах, операції з приводу одонтогенних кіст щелеп займають одне з перших місць після операції видалення зуба, а серед пацієнтів, що поступають в стоматологічні стаціонари, хворі з одонтогенними кістами складають біля 8%. Але інколи після операції кістектомії та патологоанатомічного дослідження хірург-стоматолог отримує досить неочікувані результати, коли внутрішньокісткові пухлини та кісти містять тканину слинних залоз.



Так, в 1984 р. на Міжнародній конференції асоціації патологоанатомів темою обговорення стали кісти, які одночасно несли в собі ознаки як одонтогенних кіст, так і слинних залоз. Вперше така кіста була названа сіало-одонтогенною Padayachee S. і Van Wyk A. в 1987 році. В подальшому Гарнер В. із співавт. (1988) описали її як «залозиста одонтогенна кіста» (ЗОК). Дані кісти є рідкісним захворюванням. Дані з архіву відділення щелепної патології Університету Witwatersrand (Південна Африканська республіка), за період з 1992 по 2004 р.р. зареєстровано лише 6 випадків даної кісти із 3498 спостережень щелепних кіст (0,2%). Jones D. (2006) з колегами за 30-річний період, виявили 11 випадків з 7121 кіст щелеп (0,2%). На сьогоднішній день описано більше 100 випадків даної патології.

Нами було описано два випадки: випадок залозисто-одонтогенної кісти фронтального відділу нижньої щелепи ми спостерігали у пацієнта 43 років на базі Чернівецької ОКЛ в 2013 році. Помірно-диференційована аденокарцинома верхньої щелепи справа діагностована у хворі 55 років на базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова в 2008 році. В обох випадках попереднім діагнозом була «одонтогенна кіста» та проведена операція «кістектомія» під місцевим знеболенням. При патогістологічному дослідженні в обох випадках були виявлені залозисті структури (слинні залози).

Причини появи залозистого епітелію в щелепах зазвичай не обговорюють. Але професором С.М. Шуваловим (2014) зроблено припущення, що в період ембріонального розвитку щелеп в онтогенезі ембріон повторює етапи філогенезу деяких тварин (плазунів, ссавців). Так, збереження залозистого епітелію при формуванні зубів спостерігається у деяких видів плазунів і ссавців. В процесі філогенезу голови відбулось формування ротової порожнини з послідовним розвитком в ній органів спеціального призначення, таких як зуби, язик і ротові залози. І розвиток цих органів тісно пов'язаний між собою. У риб і водних амфібій ротові залози мають саму примітивну будову. В отруйних змій, ящірок та ссавців, таких як єхидна, качконіс, шелезуб, деякі ротові залози серозного типу перетворились в складну трубчасту отрутовидільну залозу, пов'язану з зубами. У людини також при закладці тканин слинних залоз як великих, так і малих залозисті клітини інколи розташовані поза межами їх капсул. Відомо, також, що закладка залозистого епітелію у людини відбувається разом з зубною пластинкою на протязі перших трьох місяців ембріонального розвитку, після чого відбувається його інволюція. Однак, в ряді випадків клітини залишкового епітелію зберігаються і можуть служити основою для розвитку аденокарцином та виявляться в складі еволюційних кіст.

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

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

### **ЛІКУВАННЯ АЛЬВЕОЛІТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ МІСЦЕВОЇ СОРБЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ**

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

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

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

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

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

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