

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет

ЖИСТ

Всеукраїнський медичний журнал
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

Випуск 14





Н.Р. Гладина, М.В. Франчук
ЕКСПЕРТНО-КРИМІНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ ЛЕТАЛЬНОЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ
ТРАВМИ НА ТЕРНОПІЛІ 228

М.О. Глуха, Ю.В. Любеля, І.О. Дубинейка, О.В. Паслюкович
ПРОСТОРОВА РЕКОНСТРУКЦІЯ СПЕКТРАЛЬНИХ ЗМІН СТУПЕНЯ ДЕПОЛЯРИЗАЦІЇ
ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ РОЗСТЯГНОГО ТКАНИННОГО МОЗКУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ
ЧАСУ НАСТАННЯ СМЕРТІ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ АСФІКСІЇ ТА КРОВОВТРАТІ 229

Ю.В. Любеля, М.О. Глуха
ЛОКАЛЬНИЙ МАСШТАБНО-СЕЛЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ КООРДИНАТНИХ РОЗПОДІЛІВ
ЕЛІПТИЧНОСТІ ПОЛЯРИЗАЦІЇ ЛАЗЕРНИХ ЗОБРАЖЕНЬ МІОКАРДА ЗА УМОВ ГОСТРОЇ
ІШЕМІЇ 229

Ю.В. Любеля, О.В. Паслюкович
ЗАСТОСУВАННЯ МЮЛТІПЕР МАТРИЧНОГО АНАЛІЗУ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОЇ
КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ 230

Н.О. Максимчук
ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ВЕПІТЕЛ АНАЛІЗУ В
СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ 230

Т.А. Панасюк, М.О. Глуха, І.О. Дубинейка
ОБ'ЄКТИВНІ КРИТЕРІЇ ВСТАНОВЛЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ВНАСЛІДОК
МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ ЧИ КРОВОВТРАТИ ЗА ДАНИМИ ЛАЗЕРНОЇ ФАЗОМЕТРИЇ 231

І.О. Рюміна, І.Г. Міллер, Т.А. Панасюк
ВИВЧЕННЯ ПОЛЯРИЗАЦІЙНИХ МАЛП ТКАНИНИ МІОКАРДА ДЛЯ
ВСТАНОВЛЕННЯ ПРИЧИНИ ТА ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ВНАСЛІДОК
МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ АБО КРОВОВТРАТИ 231

Ю.В. Саркісов
МЕТОД МАТРИЧНОГО АНАЛІЗУ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОЇ ІШЕМІЇ 232

Б.В. Сирота, Ю.А. Дюва, Я.С. Кишкан
РОЛЬ СУЧАСНИХ ЗАСОБІВ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТЕХНІКИ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ
ПЕРЕЛОМІВ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК У ПРАКТИЦІ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ 232

СТОМАТОЛОГІЯ

А.С. Басіста, М.І. Білийчук, І.Т. Бойчук, А.В. Билібілік, Р.Р. Дмитренко
ВИКОРИСТАННЯ ГЕМОСОРБЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛП У ХВОРИХ ОБ'ЯЖЕНИХ НАРКОМАНІЄЮ 234

Н.В. Бернік
МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ ПРИЛЕГЛИХ ДО ЗАЧАТКА ПІД'ЯЗИКОВОЇ
СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ СТРУКТУР У ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ ЕМБРІОГЕНЕЗУ 234

Б.Т. Борейський, Р.Р. Дмитренко, А.В. Билібілік
РОЗПОВСЮДЖЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГОМ ЛИЦЕВОГО
ВІДДІЛУ ГОЛОВИ У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ 235

А.Ю. Бурик
БІОФЛАВОНІДИ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ
В ДІТЕЙ 235

Р.А. Бучок
ПОШИРЕНІСТЬ НЕКАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ТА ФАКТОРИ
ЩО СПРІЯЮТЬ ЇХ ВИНИКНЕННЮ 236

Г.В. Воронкова
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФАТОРІВ СПАДКОВОСТІ ПРИ СКУПЧЕНОМУ
ПОЛОЖЕННІ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛПИ В ВІКОВОМУ АСПЕКТІ 236

З.М. Гаврилюк
ОЦІНКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ В СОМАТИЧНО ХВОРИХ ДІТЕЙ 237

А.М. Гайдаи, Т.М. Калужина, А.С. Мосієнко, К.А. Якімчук
УСУНЕННЯ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ – ГОЛОВНИЙ ЕТАП В ЛІКУВАННІ ПЕРЕ-
ХРЕСНОГО ПРИКУСУ ЗІ ЗМІЩЕННЯМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛПИ В ПЕРІОД ЗМІНИ ЗУБІВ 238

ля зачатки нижньої і верхньої щелепи. Вони розташовані з плотковим відділом паралельно до лінії. Проте простежуються пари носових медіальних і латеральних відростки, що обмежують носові ямки. На 6-му тижні ембріогенезу дистальні кінці носових щелепних відростків максимально зближуються у місці, де, а в їх проксимальних відділах можна вважати зачаток хряща Меккеля. До кінця 7-го тижня верхньощелепні відростки разом з лобовим, латеральними і медіальними носовими відростками формують верхню щелепу і верхню губу. Упродовж 6-го і 7-го тижнів збох щелепах (дещо раніше у нижній) формуються дуги остеогенних острівці, які на подальших етапах збільшуються у розмірах і зливаються між собою, створюють їх кісткову основу. У цей же період визначаються зачатки жувальних і м'яких м'язів, мезенхіма диференціюється в зачатки губ, шк і ясен. На 8-му тижні відбувається формування емалевих органів і альвеолярних відростків. Піднебінні пластинки, яких визначаються остеогенні острівці, розташовуються білатерально вздовж язика, починають змінювати своє положення на горизонтальне і у 9-тижневих

плодах починають зливатися, формують тверде піднебіння і дефікують між собою перожина відокремлюється від щелепи. Упродовж 10-го тижня формуються тіліи верхньої щелепи, утворені хрящом-вою тканиною, яка на 11-12-му тижні починає замінюватися кістковою тканиною, а у 12-тижневих плодів вже помічаються зачатки головок скроньово-нижньощелепних суглобів.

Описані морфогенетичні перетворення в прилеглих до зачатка під'язикової слинної залози структурних компонентах супроводжуються закономірним етапним ускладненням синтезу біологічно активних речовин і зміною каріометричних показників, сукупно відображають в них якісну і кількісну перебудову. Вважаємо, що найбільш виражені морфологічні перетворення, у процесі становлення суміжних до під'язикової слинної залози утворень, відбуваються в період зближення і зрощення щелепних відростків (5-8 тижні) і утворення зубних зачатків (7-8 тижні), та є критичними в плані можливих аномалій розвитку даної ділянки.

ДК: 617.52+616.76 – 006.311.03 – 053.2 – 07 – 08(477.85)

Б.Л. Борецький, Р.Р. Дмитренко, А.В. Бамбуляк

РОЗПОВСЮДЖЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ЛИЦЕВОГО ВІДДІЛУ ГОЛОВИ У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник – д-р Р.Р. Дмитренко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Більшість половини всіх пухлин м'яких тканин складають гемангіоми в дітей. Судинні пухлини займають іноді половину обличчя, які призводять до жких косметологічних або функціональних ускладнень, що залишаються на все життя. Впровадження вітних технологій з використанням простих і ефективних паракірургічних методів лікування, замість жких багатоетапних операцій, знаходить використання кріокірургічний метод лікування.

Нами обстежено 363 хворих дітей у віці від днів до 13 років, хлопчиків 152, дівчаток 411. Гемангіоми щелепно-лицевої відділу голови зустрічаються у 32,6%.

Після встановлення діагнозу перед сеансом кріоекстракції, шкіра піддавалася спеціальній саназії зчином антисептиків, робочі насалки, розроблені нами, перед процедурою підбирались відповідно юрення, оброблялись 960 спиртом. Лікування проводили за допомогою кріоапарату "Ініт". Для проведення кріоекстракції достатньо контакту насалки з

поверхнею пухлини. При використанні різних за формою та розмірами насалок експозиція не мінчалась. Оцінку методу лікування проводили по строках появи набряку, часу появи сухого струпу, крайової епітелізації та термінах лікування.

Лікування дітей з гемангіомами розпочинали з експозицією від 30 до 50 сек., в залежності від розмірів та її локалізації. Через 2-3 години після кріоекстракції спостерігається утворення міхура з серозно-геморрагічним вмістом, по формі та розмірах відповідно кріозонду. Набряк зберігався до 2-3 діб. Утворення сухої кірочки відмічається на 3-6-ту добу. Епітелізація під струпом проходить до 12 діб. В період утворення міхура місце кріоекстракції обробляли розчином діамантового зеленого. В подальшому при появі струпу використовували вінілін. Хороший косметичний ефект отриманий у 88% дітей. Отже, кріоексетний метод лікування не вимагає знеболення, не викликає запальної реакції та кровотечі, дозволяє економити час на лікування.

К: 616.311.2-002.2-053.2-08

А.Ю. Бурик

БІОФЛАВОНІДИ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник – доц. О.І. Габованець)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

загальновідомо, що важлива роль у розвитку захворювань тканин пародонта належить щільно імунологічних процесів і процесів вільного окиснення в організмі в цілому та в слизовій порожнині зокрема. На сьогоднішній день відомо ряд препаратів, які вико-

ристовуються для антиоксидантної та імунологічної корекції в пародонтології. Серед широкого арсеналу в педіатричній практиці перевага надається засобам природного походження, які мають високу біологічну активність та низьку токсичність.

Метою нашого дослідження було обґрунтува-