

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

негативних бактерій, які продукують ліпополісахариди. Внаслідок чого і розвивається стоматит. При дослідженнях була поставлена мета – дослідити найбільші прояви стоматологічних порушень при експериментально створеному імунодефіциті, а також дослідити ефективність антидисбіотичних препаратів. Експеримент проводили на щурах лінії Вістар. Для моделювання імунодефіцитного стану використовували цитостатик (циклофосфан), або кортикостероїд (преднізолон), або антибіотик (лінкоміцин).

Матеріали і методи дослідження. Імунодефіцитний стан оцінювали по лімфоцитарному індексу (співвідношення лімфоцитів до нейтрофілів) і по активності лізоциму.

Результати дослідження. Під час експерименту було встановлено наступне: всі моделі імунодефіцитного стану викликають одночасне зниження активності лізоциму та лімфоцитарного індексу, які є специфічними та неспецифічними ланками імунітету. Внаслідок цього зафіксовані зміни в тканинах порожнини рота, які оцінювали за ступенем збільшення рівня біохімічних маркерів та зниженню рівня антиоксидантного захисту. При експерименті також виявлено, що імунодефіцитний стан призводить до розвитку дисбіозу в тканинах порожнини рота, ступінь якого був оцінений за співвідношенням відносної активності уреазы та лізоциму (метод Левицького). Для зниження ступеню дисбіозу в тканинах порожнини рота у щурів, в яких відтворювали імунодефіцит використовували антидисбіотичні препарати, які містять про-, пре-, та синбіотики, біфлавоноїди (кверцетин, поліфенольні комплекси винограду, проростків пшениці, бобових), лізоцим яєчного білку або капусти у формі зубного еліксиру, гелів, таблеток.

Висновки. Найбільшу ефективність виявив квертулін, який складається із кверцетину, інуліну і цитрату кальція. Він володіє стоматопротекторною та гапатопротекторною дією. Розроблено 4 форми даного препарату: порошок і таблетки для перорального прийому, зубний еліксир і мукозoadгезивний гель для місцевого використання. На використання квертуліну є дозвіл Міністерства охорони здоров'я України.

Паліс С.Ю.

РОЗВИТОК НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Вивчення особливостей та критичних періодів пренатального розвитку будови зубо-щелепної системи людини є актуальним напрямком морфологічного дослідження, який сприяє вирішенню важливої медико-соціальної проблеми – удосконалення методів профілактики, ранньої діагностики та ефективної корекції вроджених вад і лікування набутих захворювань нижньої щелепи людини. З'ясування та уточнення особливостей розвитку та топографо-анатомічних змін нижньої щелепи може бути морфологічним підґрунтям, яке дозволить розробляти нові та удосконалювати існуючі заходи профілактики, методи ранньої діагностики та хірургічної корекції вроджених вад нижньої щелепи.

Мета дослідження. Метою дослідження було з'ясування особливостей морфогенезу, будови нижньої щелепи в динаміці пренатального періоду розвитку людини.

Матеріали і методи дослідження. Застосовано комплекс методів морфологічного дослідження (антропометрія; мікро-макроскопія; виготовлення гістологічних зрізів; морфометрія; тривимірне комп'ютерне реконструювання; статистичний аналіз. Під час морфометричного дослідження вимірювали такі параметри: 1. Довжина кістки нижньої щелепи – відстань між найпроксимальнішою та найдистальнішою точками скостеніння щелепи; 2. Довжина нижньої щелепи – відстань від середини лінії, що з'єднує найдистальніші точки обох половин нижньої щелепи до середини лінії, що з'єднує найпроксимальніші точки обох половин нижньої щелепи; 3. Ширина нижньої щелепи – відстань між найдистальнішими точками обох половин нижньої щелепи; 4. Відстань між підборідними отворами; 5. Середнє значення кута нижньої щелепи. Статистичний аналіз

матеріалів морфологічного дослідження проводився з використанням обчислювальної техніки з програмним забезпеченням у вигляді математичного апарата електронних таблиць «StatPlus 2005 Professional 3.5.3» (Analyst Soft). Для аналізу отриманих даних використовували загальноприйняті методи дескриптивної статистики та кореляційного аналізу.

Результати дослідження. Виявлення закономірностей динаміки морфометричних показників у період органогенезу є важливим напрямком морфологічного дослідження. На основі отриманих нами цифрових показників ($M \pm m$) основних морфометричних параметрів нижньої щелепи людини в динаміці передплодового періоду внутрішньоутробного розвитку, ми з'ясували критичні періоди її морфогенезу та вивели математичні функції, які описують нормальний перебіг органогенезу нижньої щелепи, що може бути використано для удосконалення діагностичних алгоритмів норми під час проведення заходів пренатальної діагностики та моніторингу стану плода.

Висновки. Отже, критичними періодами морфогенезу нижньої щелепи людини є 6-й тиждень (початок формування нижньої щелепи з вентральних відростків нижньощелепної дуги), 9-10-й тижні (період інтенсивного росту органа), що може ініціювати формування в ці періоди варіантів будови та може бути часом виникнення вроджених вад щелепно-лицевої ділянки.

Рожко В.І.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЕРПЕТИЧНОГО СТОМАТИТУ У ДІТЕЙ

Кафедра стоматології дитячого віку

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Однією з найбільш поширених форм герпетичної інфекції є герпетичний стоматит. За даними Виноградової Т.Ф., Мельниченка Е.М., гострий герпетичний стоматит зустрічається в 80% випадків всіх стоматитів у дітей. Крім того, герпесвірусний стоматит лідує серед інфекційних захворювань дитячого віку та займає перше місце серед усіх захворювань слизової оболонки порожнини рота. Формування імунітету у відповідь на герпетичну інфекцію є складним і багатокомпонентним процесом. Ключова роль в імунній відповіді належить Th клітинам, що несуть маркери CD4, які стимулюють продукцію антитіл В-лімфоцитами і активують CD8- клітини, специфічні для вірусінфікованих клітин.

Мета дослідження. Оцінити ефективність комплексного лікування гострого герпетичного стоматиту (ГГС) у дітей.

Матеріали і методи дослідження. Нами було обстежено 30 дітей (16 дівчат і 14 хлопців) віком 6-8 років з діагнозом ГГС середнього ступеня. Діагноз ГГС встановлювали на підставі збору анамнезу та клінічного перебігу захворювання (погіршення загального стану, гіпертермія, підщелепний лімфаденіт, катаральний гінгівіт, характерні поодинокі або численні елементи ураження у вигляді везикул і пухирців, вторинні елементи ураження - ерозії або афти, оніміння, болючість). У динаміці оцінювали вміст лізоциму як маркера неспецифічної резистентності організму. Лікування проводилося за загальноприйнятою схемою: полоскання порожнини рота антисептиками, для знеболення - гель «Камістад», 1% розчин «Кандід»; на етапах загоєння - масляні розчини вітаміну А і Е або мазь «Солкосерил». Також у схему лікування були препарат «Протефлазід» і таблетки для розсмоктування «Лісобакт».

Результати дослідження. Клінічно відзначали чітко виражений токсикоз і ураження СОПР протягом всього періоду хвороби. У всіх дітей пальпували збільшені, болісні підщелепні лімфовузли. Температура тіла підвищувалася до 38,5°C, діти скаржилися на головний біль, нудоту, загальну слабкість. При об'єктивному огляді звертала на себе увагу блідість шкірних покривів, гіперемія і набряклість слизової оболонки порожнини рота, елементи висипу (кількістю до 20) розташовувалися не лише в порожнині рота, але й на шкірі навколоротової області, вії, кон'юнктиві очей. У 18 (60,0 %) дітей спостерігали