

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
Вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
11, 13, 18 лютого 2019 року**

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



форте, так як лізоцим є одним з факторів антимікробного захисту слизової оболонки ротової порожнини.

Дослідження було проведено на 39 хворих з ШКП, які поступили на лікування в гастрохірургічне відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні. Діагноз захворювання встановлювали лікарі відділення на підставі оцінки скарг хворих, клінічного, лабораторного та інструментального обстеження хворих. Обстеження хворих з ШКП на стан ротової порожнини здійснювалось у відповідності до існуючих рекомендацій, враховуючи скарги пацієнтів, анамнез хвороби, огляд ротової порожнини і доповнюючи дослідженням гігієнічних індексів. У всіх пацієнтів збирали натщесерце нестимульовану слину. В слині визначали рівень біохімічних маркерів запалення. В якості контролю використовували результати обстеження і аналізу у 10 практично здорових молодих людей (20-30 років).

Усі хворі з першого дня перебування в клініці отримували стандартне лікування (за протоколом) і додатково лізоцим-форте (по 2 таблетки за 30 хвилин до прийому їжі *per os* 3 рази за день на протязі 10 днів). Після цього у всіх пацієнтів визначали гігієнічні індекси, повторно збирали ротову рідину і проводили в ній біохімічні дослідження. За результатами визначення гігієнічного індексу Silness-Loe видно, що у хворих на ШКП втричі зростає цей індекс, що свідчить про наявність запального процесу. Використання лізоцима-форте більш, ніж вдвічі знижує індекс Silness-Loe (практично до норми). За результатами визначення індекса Шиллера-Пісарєва спостерігається, що у хворих на ШКП достовірно (на 50 %) зростає цей індекс, що свідчить про наявність декстранового нальоту на СОПР, який виникає при збільшенні кількості бактеріального нальоту. Використання лізоцима-форте майже повністю нормалізує цей показник. За результатами визначення індексу РМА видно, що цей показник, який свідчить про розмір запального процесу, зростає більше, ніж у 3 рази. Введення лізоцима-форте суттєво знижує цей показник, однак не повертає його до рівня у здорових осіб.

У хворих рівень еластази в слині зростає майже вдвічі, що свідчить про наявність запалення в СОПР (стоматит). Лізоцим-форте суттєво знижує активність еластази. Другий маркер запалення МДА не реагує на стан хворих і мало змінюється після лікування з використанням лізоцима-форте. З цих даних визначення активності бактеріального фермента уреазиди видно, що у хворих на ШКП активність уреазиди зростає в 5 разів, що свідчить про значний ріст мікробного обсіменіння СОПР. Лізоцим-форте знижує рівень уреазиди в 2 рази, тобто він ефективно знижує мікробне обсіменіння.

За результатами визначення активності лізоцима, який є одним з факторів неспецифічного імунітету. Видно, що у хворих на ШКП в слині значно знижується активність лізоцима, що свідчить про пригнічення неспецифічного імунітету. Введення лізоцима-форте достовірно підвищує рівень лізоцима, хоча і не підвищує до норми.

Таким чином, проведені нами клінічні дослідження підтвердили позитивні результати лікувально-профілактичної дії лізоцима-форте.

Перебийніс П.П.
МЕТОД ВЕРТИКАЛЬНОЇ АУГМЕНТАЦІЇ
ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Враховуючи суттєві напрацювання та фундаментальні наукові дослідження закордонних колег запропонувати аутентичні техніки досить складно, але вдосконалити, оптимізувати та впровадити у клінічну практику хірургів-стоматологів є важливим завданням. Окрім оптимізації надання імплантологічної допомоги впровадити в клінічну практику ефективні та мінімально інвазивні методи усунення складної денто-альвеолярної патології, складних атрофій, що обмежують, або унеможливають встановлення дентальних імплантатів.



Техніка сегментарної остеотомії (кістково-підокісний клапоть) базується на тих самих принципах, що і дистракція. Але на відміну від дистракції, остеотомічному сегменту зі збереженою трофікою інтраопераційно задається необхідна висота. Головною умовою є наявність хоча б 4 мм кістки над судинно-нервовим пучком. Переваги техніки: одне оперативне втручання; можливість одночасно збільшити об'єм по висоті та по ширині, змінивши кут препаровки остеотомічного сегменту; ушивання рани без додаткової мобілізації; можливість виконання без кістково-пластичних композицій (ризик утворення альвеолярного паростку типу пісочного годинника). Недоліки: на відміну від класичної дистракції обмеження приросту по висоті до 5-6 мм; ризик перфорації язичного клаптя, що вимагає призупинення оперативного втручання; неможливість використання в ранньому постекстракційному періоді; технічні труднощі при вираженій косій лінії язика.

Техніка операції: під місцевою анестезією проводиться розріз слизової на 4-6 мм нижче наявного рівня прикріплених ясен від премолярів до рстромолярного простору. Відділення ментального судинно-нервового пучка є обов'язковим для попередження його травмування. Остеотомія фрагменту проводиться відступивши 2 мм від наявних зубів та 2 мм від нижньо-щелепового каналу. Найчастіше фрагмент сідлоподібної форми, але й інші форми не є виключенням. Найголовнішою умовою є максимально щадна остеотомія, без перфорації язичної частини клаптя. В разі виникнення перфорації оперативне втручання необхідно зупинити, в жодному разі не зміщуючи фрагмент, рану ушити. Повторне втручання у таких випадках можливе через 8 тижнів. Якщо остеотомія вдала, кістковий фрагмент відділяють від донорської ділянки у зручний для оператора спосіб (распатором, елеватором, долотом, тощо) та піднімають на необхідний рівень (максимум 6 мм). Фіксують фрагмент за допомогою титанових пластин та гвинтів, проміжок між фрагментами заповнюють будь-яким кістково-пластичним матеріалом. Можлива також фіксація лише на блок ауто- чи ксено-, але такий варіант, враховуючи очікувану резорбцію, що складно передбачити в часовому проміжку, є надто ризикованим на нашу думку. Ушивання рани не потребує додаткової мобілізації і проводиться за загальнохірургічними принципами.

У продовж 2012-2018 рр. нами проведено 29 таких оперативних втручань. У всіх випадках ми використовували невеликі блоки ауто кістки, забрані з кута нижньої щелепи для первинної фіксації остеотомічного фрагменту в рані. Потім додатково проводили фіксацію титановими пластинами. На нашу думку первинна фіксація блоком полегшила проведення трепанаційних отворів піднятого фрагменту для фіксації титанової пластини гвинтом. Жоден кістково-пластичний матеріал не використовувався. Усі 29 клінічних випадків загоювались первинним натягом, відновлення висоти на заданий рівень відбулось у 28 пацієнтів. Лише в 1-му клінічному випадку регенерація відбулась на 70%. На нашу думку причиною була неповна адаптація титанової пластини, що призвело до травмування м'яких тканин та хронічного запалення. Надалі ми плануємо використовувати сегментарні остеотомії як у дистальних відділах нижньої щелепи так і в інших клінічних випадках.

Рожко В.І.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЕКСТРУЗІЇ ГІПОХЛОРИТУ НАТРІЮ У ПЕРИАПКАЛЬНІ ДІЛЯНКИ ЗУБА

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Повне видалення бактерій та бактеріальних токсинів в ході механічної та медикаментозної обробки системи кореневих каналів є ключовим фактором у досягненні успіху ендодонтичного лікування. Суть медикаментозної обробки полягає у розчиненні залишків м'яких тканин і змазаного шару, а також у ліквідації бактерій та продуктів їх життєдіяльності. В більшості випадків розчин гіпохлориту натрію використовується в якості ірриганта під час даної процедури, проте важкі ускладнення можуть виникнути при виведенні розчину за межі верхівки кореня.