

**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



Було проведено анонімне інтернет - анкетування 43 лікарів - стоматологів України, за результатами якого, для проведення інфільтраційної анестезії 72% лікарів використовують карпульний шприц, а 28% - одноразовий пластиковий шприц.

Для проведення провідникової анестезії 80% лікарів використовують карпульний шприц, а 20% - одноразовий пластиковий шприц. На третє запитання анкети відповідь була вражаючою: карпульний шприц стерилізувався автоклавуванням у 27,5% лікарів, у сухожаровій шафі – у 25% лікарів, а 47,5% лікарів обмежувались лише протиранням його спиртом.

Проведене опитування показало, що при проведенні місцевої анестезії переважно більшістю лікарів-стоматологів використовуються карпульні шприци. Майже половина опитаних стоматологів не стерилізують карпульні шприци після використання, що становить значну загрозу інфікування пацієнтів різними захворюваннями, що передаються ін'єкційно (ВІЛ-СНІД, вірусні гепатити та ін.).

Касіячук М.В., Кузник Н.Б., * Проць Г.Б. **

ІММОБІЛІЗАЦІЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ПІСЛЯ ВНУТРІШНЬОРотових ВТРУЧАНЬ

Кафедра ортопедичної стоматології,

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

*«Буковинський державний медичний університет»**

Кафедра хірургічної стоматології. Стоматологічний факультет

Вищий державний навчальний заклад України

*«Івано-Франківський національний медичний університет»***

Організаційні аспекти практичної медицини в Україні, тенденції розвитку та клінічне застосування медичних технологій [Вороненко Ю.В., Волосовець О.П., Veigl P., Павленко О.В. 2015] спонукають до впровадження власних клінічних оперативних методик із врахуванням європейських стандартів у стоматології. Аналіз в сучасних умовах відомі знання анатомії, морфології, біології та фізіології: [Zoeller J., 2013; Пюрк В.П., Проць Г.Б. та ін. 2008 ; Buser D., 2007; Маланчук В.О. та ін. 2006, 2014], спонукає шукати ключ до розуміння процесів загоєння кісткової тканини та м'яких тканин в порожнині рота.

Застосування хірургічних маніпуляцій при протетичному відновленні втрачених анатомічних структур є стабілізуючим засобом процесу ремоделювання кісткових структур коміркового відростка щелеп [Павленко О.В., Касіячук М.В., Іфтодій А.Г. 2015]. Укорінення автогенних, ксеногенних чи штучних (виготовлених структур) вважається імплантатом [Павленко О.В. та ін. 2014, 2015].

Застосування хірургічних аспектів у клініці ортопедичної стоматології є профільними оперативними маніпуляціями, та одним із критеріїв, що визначають фахову кваліфікацію лікаря-стоматолога-ортопеда [Павленко О.В., Касіячук М.В., 2010, 2013-2015], раціонально у складних клінічних випадках [Кузник Н.Б., 2014].

Вказані посилання зумовили до статистичного аналізу ефективності маніпуляції ушивання м'яких тканин в клініці ортопедичної стоматології та ефективності власної методики ушивання м'яких тканин.

Для досягнення поставленої мети нами проаналізовано результати власних клінічних досліджень. У вибірці пацієнтів (16% випадках зустрічаємості) в силу анатомічних особливостей був обмежений доступ до оперативної зони при потребі провести репозицію слизово-ясенюго клаптя та ушивання створеного дефекту. У (8 % випадках зустрічаємості) шовний матеріал, застосований за показами та фіксований рекомендованими вузлами не утримувався в умовах порожнини рота. У зв'язку з вищенаведеним нами розроблений та впроваджений власний метод репозиції слизово - надкисничного клаптя та ушивання створеного дефекту.

Ушивання рани ми проводили за відомою методикою. Для стабілізації шовного вузла ми застосували полімерні (композитні, компомерні, іономерні) матеріали та капсульний маніпулятор фірми ESPE (3M ESPE). У випадку застосування фотополімерного матеріалу додатково застосовувався фотополімеризатор відповідного спектру світлового потоку.

У клінічних дослідженнях вибірку склали 40 пацієнтів після оперативних втручань, яких обстежували протягом 2013-2015 років. Пацієнтів обстежували за стандартними схемами. У клінічній частині, досліджуючи ефективність „остеопротетичного” підходу при усуненні набутих кісткових дефектів, ми встановили у 38 випадках із 40 гарантованість та дискретність фіксації вузлових швів запропонованим способом. За результатами кольориметричного дослідження тканини порожнини рота ми відмічали відсутність „тестових ознак” запалення тканин порожнини рота у досліджуваній зоні.

Таким чином, запропонований спосіб стабілізації шовного вузла: - дає можливість контролювати усунути наслідки травми чи оперативного втручання та прогнозувати ефективність методів реабілітації; мінімізувати ризик втрати структур у віддалений період після травми. А, ефективність використання вказаних груп матеріалів та обладнання є клінічним доказом правомірності їх застосування.



Касіячук М.В., Кухтарук Д.Р.*, Касіячук Ю.М. ОПТИМІЗАЦІЯ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПОРОЖНИНИ РОТА**

Кафедра ортопедичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

*Кафедра ортопедичної стоматології***

Вищий державний навчальний заклад України

«Івано-Франківський національний медичний університет»,

*Кафедра програмного забезпечення комп'ютерних систем***

Вищий державний навчальний заклад України

«Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича»

За літературними даними, втрата чи зміна архітекtonіки тканин в ділянці окістя при мукозо-періостальній травмі є звичним явищем [J.Zoeller, 2006, 2013].

Аналіз в сучасних умовах відомі знання анатомії, морфології, біології та фізіології: [Zoeller J., 2013; Пюрк В.П., Проць Г.Б. та ін. 2008 ; Buser D., 2007; Гулюк А. Г., Маланчук В.О. та ін. 2006, 2014;], змушує лікарів шукати ключ до розуміння процесів загоєння кісткової тканини та м'яких тканин, в порожнині рота. Так, як результати лікування не завжди можуть бути предметом об'єктивного порівняння з висновками із наукових статей, на підставі яких можна робити висновки про переваги тієї чи іншої оперативної методики або оцінити (навіть орієнтовно) організаційні та лікувальні підходи в різних клініках [Павленко О., Касіячук М. 2010, 2013]. Ми вважаємо, що одним із шляхів оптимізації методів діагностики при мукозо-періостальній травмі є удосконалення віалізуючих методик.

Отже, метою цього дослідження була пропозиція способу візуалізації у клінічному дослідженні для можливого застосування у стоматології. Обґрунтування застосування і удосконалення спеціалізованого обладнання.

Для досягнення поставленої мети нами проаналізовано результати власних клінічних досліджень. У зв'язку з вищенаведеним нами розроблений та впроваджений власний метод візуалізації (сканування) тканин порожнини рота при мукозо-періостальній травмі. В роботі для фіксації (візуалізації) стану тканин, доступних спостереженню, використовувалося цифрове кольорове фотографування в динаміці на всіх до- та після - операційних етапах. При цьому ми застосували власну методику застосовуючи цифрову фотокамеру, за певних умов експозиції, фокусу та поляризації зображення, поляризатор світла HVL-RLS фірми Sony (Японія), (рис.1) дозволений до використання в Україні. Одержані результати в порівнювали з результатами отриманими за стандартною методикою цифрової візуалізації (фотографування). Фотографії зберігалися в каталогах пацієнтів стоматологічної комп'ютерної програми EasyDent.



Рис.1. Поляризатор світлового потоку

У клінічних дослідженнях вибірку склали 20 пацієнтів після оперативних втручань, яких обстежували протягом 2011-2015 років. Пацієнти були розподілені на 2 групи: до I групи (10 осіб) увійшли пацієнти, яким проведена операція (укорінення імплантату) із додатковою кістковою аугментацією в ділянці окістя матеріалом, отриманим під час оперативного втручання. До II групи увійшли 10 пацієнтів, яким проведена операція: кісткова аугментація в ділянці коміркового відростка. Пацієнтів обох груп обстежували за стандартними схемами.

У клінічній частині, досліджуючи ефективність „остеопротетичного” підходу при усуненні набутих кісткових дефектів, при аналізі фотографічних світлин із застосуванням поляризатора світлового потоку ми встановили у 19 випадках із 20 більш високу діагностичну ефективність запропонованого способу візуалізації. При цьому прослідковується тонка структура м'яких тканин не видима при стандартному способі фотографування та збереження реального кольору тканин порожнини рота. За результатами кольориметричного дослідження тканини порожнини рота ми діагностували морфологічні особливості тканини.



Таким чином, запропонований спосіб вивчення стану структур тканини порожнини рота дозволяє: діагностувати стан тканин порожнини рота; адекватно оцінити наслідки травми чи опсративного втручання та прогнозувати ефективність методів реабілітації; диференціювати присутність патоморфологічних структур.

Кільмухаметова Ю.Х.

ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ – ВЕКТОР У ХВОРИХ З І СТУПЕНЕМ ПАРОДОНТИТУ

*Кафедра терапевтичної стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема хвороб пародонту дуже актуальна на даний час для України. Так, більше 60% населення віком до 40 років страждають на ті, чи інші пародонтологічні захворювання. У старших вікових групах цей відсоток збільшується. Хвороби пародонту часто розвиваються на фоні супутніх захворювань – розладів травлення, обміну речовин, серцево – судинних та ендокринних порушень, сенсibiliзації та інфікування організму тощо, і впливають на психоемоційний стан пацієнтів. Тому це треба вважати не тільки медичною, але і соціальною проблемою, вирішення якої вимагає комплексного та індивідуального підходу.

Мета дослідження - встановити ефективність вектор – системи при знятті над'ясенних та під'ясенних зубних відкладень у хворих з I ступенем пародонтиту.

У ході дослідження було обстежено 13 пацієтів, 7 з них не мали пародонтологічних патологій, вони і склали контрольну групу. У решти спостерігалися над'ясенні та під'ясенні зубні відкладення та ознаки пародонтиту I ступеня. Трьом з них провели зняття зубних відкладень за допомогою вектор – системи, і відзначили їх як першу групу. Іншим трьом зняли зубні відкладення за допомогою пародонтальних гачків, ультразвукового скалера і полірувальних паст, і відзначили їх як другу групу.

Пародонтит – запалення тканин пародонту, яке характеризується прогресуючою деструкцією пародонту і кістки альвеолярного відростка щелеп. Виділяють 3 ступеня пародонтиту: легкий, середній та важкий. Вважається, що ключем до вивчення етіології захворювань пародонту є три групи факторів: стан і продукти обміну в зубній бляшці та зубному камені; фактори порожнини рота, які здатні посилювати або послаблювати патогенетичний потенціал мікроорганізмів і продуктів їхнього обміну; загальні фактори, що регулюють метаболізм тканин порожнини рота, від яких залежить зворотня реакція на патогенну дію. Через 2 тижні був проведений повторний огляд усіх пацієнтів. У контрольній групі змін не визначалося. У першій піддослідній групі пацієнти не висловлювали скарг, огляд пародонту не показав наявності над'ясенних і під'ясенних зубних відкладень, ясна без ознак запалення. У другій групі у двох пацієнтів виявлялися під'ясенні зубні відкладення, ясна набряклі, легко кровоточать при зондуванні, присутні болісні відчуття.

Дане дослідження показало, що ефективнішим методом зняття над'ясенних та під'ясенних зубних відкладень при пародонтиті I ступеня є застосування вектор-системи. При систематичному лікуванні використовуючи Vector досягається зменшення кровоточивості зміненого внаслідок запалення маргінального пародонта. Значне покращення стану спостерігається в більшості випадків після повторної терапії.

Кішак Т.С., Кузняк Н.Б.

СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПРАЦІВНИКІВ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ

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

Поширеність та інтенсивність стоматологічних захворювань серед населення України залишаються досить високими і ризик захворюваності зростає. Тенденція рівня захворюваності знаходиться в прямій залежності від впливу комплексу чинників таких як умови праці, організації, фінансування та якості стоматологічної допомоги, впровадження сучасних методів первинної профілактики, соціально-економічних умов життя населення, а також географічних особливостей регіонів проживання, тому вивчення стоматологічної патології є однією із актуальних медичних проблем, в тому числі і у провідників пасажирських вагонів На Чернівецькому вузлі Львівської залізниці працює 3661 залізничник, з них провідники складають найбільшу частку - 484 (13,2%). Шкідливі чинники виробництва спричиняють патогенетичні механізми розвитку і прогресування загальних захворювань. За даними літератури, 80-85% захворювань є наслідком впливу професійних і екологічних чинників.

Метою роботи є дослідити рівень гігієни порожнини рота у провідників пасажирських вагонів.

Нами було обстежено 52 працівника Чернівецького вузла Львівської залізниці. Основну групу склали 30 провідників пасажирських вагонів, у групу порівняння увійшли 22 особи адміністративного персоналу залізниці. В залежності від віку, обстежувані були поділені на чотири вікові групи. Стан гігієни порожнини рота визначали за індексами Федорова-Володкіної, ОНІ-S [J.C.Green, J.R.Vermillion, 1964] та API [Langeetal., 1990].

Спрощений індекс гігієни порожнини рота Грина-Вермільйона [J.C.Green, J.R.Vermillion, 1964] дозволяє виявляти не тільки зубний наліт, але і зубний камінь.

Результати опитування свідчать про незадовільний стан гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної в першій (2,16) і другій (2,32) вікових групах, а в третій (2,55) і четвертій (2,78) вікових групах – поганий. В групі порівняння за цим індексом стан гігієни незадовільний у всіх вікових групах в межах від 1,13



до 1,43. За індексом Green-Vermillion стан гігієни порожнини рота в основній групі у віці до 34 років – задовільний, а в подальшому погіршується і оцінюється як незадовільний. В контрольній групі стан гігієни порожнини рота знаходиться в межах оцінок задовільний (1,13 – 1,43).

Стан гігієни порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної у досліджуваних групах наступний: у віці 19-24 роки в основній групі оцінений як задовільний, а в контрольній – хороший, у віці 25-34 років у основній групі оцінений як незадовільний (2,32), а у контрольній – хороший (1,20). У третій і четвертій вікових групах із збільшенням віку відмічено погіршення гігієнічного стану порожнини рота, як у основній (2,55 і 2,78 відповідно), так і контрольній групі (1,39 і 1,43 відповідно). Він оцінюється, в основній групі як незадовільний, а у контрольній як задовільний. При цьому слід зазначити, що величина індексу у контрольній групі знаходиться на межі оцінки задовільна.

Детальнішу інформацію про стан гігієни порожнини рота працівників дозволяє отримати дослідження індексу гігієни ОНІ-S. У віці 19-24 роки у всіх оглянутих гігієна порожнини рота оцінена як «задовільна». Проте складова індексу СІ – «тверді зубні відкладення» в основній групі на 33% вища, ніж у контрольній (р<0,05), а у віці 25-34 і 35-44 роки оцінка гігієни для осіб основної групи – на межі «незадовільна», у контрольній – «задовільна». В обох цих групах діагностуються тверді зубні відкладення, але в основній групі їх більше на 34,16% та 27,51% відповідно. У пацієнтів віком 45 років і старше в основній групі оцінка гігієни наближається до межі «погана», у контрольній – «задовільна». Кількість твердих зубних відкладень в основній групі на 27,14% вища, ніж в осіб, не пов'язаних із виробничими шкідливостями (р<0,05).

Отже, стан гігієнічного догляду за порожниною рота в основній групі обстежених набагато гірший, проте як в контрольній групі оцінюється у всіх обстежених як «задовільна».

Кіюн І.Д.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ОПОЛІСКУВАЧА, ЯКИЙ МІСТИТЬ ЛАКТАТ АЛЮМІНІЮ, ІОНИ ФТОРУ ТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ, У СКЛАДІ КОМПЛЕКСУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАСОБІВ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ

*Кафедра терапевтичної стоматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Хвороби пародонту в даний час є однією з найбільш важливих і складних проблем в терапевтичній стоматології. Сучасний рівень наукових знань дозволяє досить чітко характеризувати основні нозологічні форми захворювань, їх етіологію і патогенез, патоморфологічні зміни в тканинах пародонту. У нашій країні багато уваги приділено вдосконаленню організаційних форм лікувально-профілактичної допомоги хворим з патологією пародонту, розробці і впровадженню в практику методів і засобів лікування на основі фундаментальних досліджень, ролі і значення провідних етіологічних чинників, поширеності захворювань серед різних вікових груп. Обстеження хворого з патологією пародонту дозволяє не лише правильно діагностувати захворювання, його важкість, особливості клінічного перебігу, але і визначити етіологічні чинники і патогенетичні механізми запального або дистрофічного процесу в пародонті. При цьому можливе з'ясування ролі генетичних чинників, вплив живлення, екології, професійних шкідливостей і ін.

Запальний процес у пародонті починається з утворення сублінгвальної «зубної бляшки» у результаті колонізації поверхні зубів факультативними анаеробами (*A. viscosus*, *Str. mutans*, *B. melaninogenicus*, *F. nuclearum*).

Мета дослідження - визначення клінічної ефективності ополіскувача, який містить лактат алюмінію, іони фтору та антибактеріальні компоненти, у складі комплексного лікування хворих із хронічним катаральним гінгівітом.

Клініко-лабораторне обстеження й лікування здійснювали у 60-х хворих віком 20-30 років (30 чоловіків, 20 жінок) із хронічним катаральним гінгівітом. Діагноз верифікували з урахуванням комплексної оцінки даних анамнезу, клінічного й лабораторного обстеження в динаміці спостереження. Оцінку гігієни порожнини рота здійснювали з використанням індексів Green-Vermillion (1964), твердих тканин зубів – за індексом КППВ, ступеня запальних змін у тканинах пародонту – за індексом РМА [С. Parma, 1961].

На етапі підготовки до лікування всім хворим була проведена індексна оцінка стану гігієни та тканин пародонту. Показники індексу Green-Vermillion є високими (2,38±0,37 бала), тобто гігієнічний стан порожнини рота як у чоловіків (2,51±0,25 бала), так і в жінок (2,38±0,37 бала) є незадовільним. Оцінку запального процесу ясен здійснювали за індексом РМА. Усереднені дані (47,8±0,78%) свідчать про середні показники ступеня тяжкості гінгівіту.

Комплекс лікувально-профілактичних заходів у хворих із хронічним катаральним гінгівітом включав: навчання гігієнічному догляду за порожниною рота й моніторинг ефективності виконання; індивідуальний вибір засобів догляду (зубної пасти, щіток, флосів); дієтотерапію; консультування й за необхідності лікування в ортодонту; стоматологічну санацію. Професійну гігієну здійснювали до початку лікування та в подальшому один раз на 3–6 місяців. Усі пацієнти застосовували ополіскувач, який містить лактат алюмінію, іони фтору та антибактеріальні компоненти, в якості ротових ванночок по два рази на день курсом 10 днів. Спостереження за пацієнтами передбачало моніторинг індексів гігієни та індексу РМА після закінчення застосування ополіскувача, через місяць і шість місяців. У результаті оцінки ефективності запропонованого лікувально-профілактичного комплексу виявлена значна позитивна динаміка через 10 днів після початку лікування. Індекс