

**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



Проданчук А.І.

РОЗВИТОК СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ДІАЛІЗНІЙ ТЕРАПІЇ

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Захворювання пародонту (ЗП) є найбільш поширеною стоматологічною патологією з тенденцією до їх неухильного зростання. За останні десятиліття встановлено, що вони патогенетично пов'язані з низкою системних захворювань організму. Одним з таких захворювань, що протікає з патологічними процесами в різних органах і системах організму, є хронічна ниркова недостатність (ХНН). У той самий час вплив ХНН на виникнення і перебіг ЗП вивчений недостатньо. В доступній літературі є лише окремі посилання, що вона може розглядатись, як чинник ризику розвитку ЗП. Актуальність дослідження в даному напрямку обумовлена поширеністю ХНН, яка складає 3-7% дорослого населення. За останні десятиліття удосконалення методів діаліза і трансплантація нирок суттєво покращили якість і тривалість життя серед пацієнтів з ХНН. З іншого боку в Україні число таких хворих щороку збільшується на 3-7%.

Більшість хворих скаржаться на непріємний запах з рота, металічний присмак та пов'язують ці симптоми з підвищенням рівня сечовини в слині, яка, потрапляючи в рот, розщеплюється з виділенням аміаку. Відмічають у хворих на ХНН зміни смакової чутливості. Авторі припускають, що це зумовлено збільшенням рівня сечовини, дим етил – та три метиламінів, зниженням рівня цинку у цієї групи хворих. Відмічають у хворих на ХНН скарги на сухість у роті.

Червоний плоский лишай може розвиватися в результаті прийому хворими діуретиків та Р-блокаторів. Розвиток волосатої лейкоплакії є наслідком вторинного процесу по відношенню до імуносупресорної терапії. На слизовій оболонці порожнини рота спостерігали наявність петехій і ехімозів, прояви кандидозу та обкладення язика. У багатьох випадках, в роті і на шкірі, виявляв білі плями (бляшки), які назвали «уремічні». Вони утворюються в результаті відкладення кристалів сечовини на поверхні епітелію. Під час дослідження гігієни порожнини рота у хворих, що перебувають на ГД, виявлено її низький рівень, або повну відсутність, що свідчить про недостатню обізнаність медичного персоналу та домінування основного захворювання. Описується механізм утворення твердих зубних відкладень. Автор відмічає, що збільшення рН середовища сприяє накопиченню в зубному нальоті аміаку, який вивільнюється з сечовини при участі уролітичних бактерій. Вивільнений аміак активно з'єднується з іонами PO₄, Mg, Ca і в наслідок цього утворюються центри кристалізації в зубному нальоті. Збільшення концентрації сечовини в ротовій рідині у хворих на ХНН супроводжується збільшенням інтенсивності утворення твердих зубних відкладень. Встановили залежність ступеню тяжкості пародонтита від віку, наявності діабета, куріння, рівня альбуміна та тривалості діаліза. А. V. Kshirsagar et al. (2005) виявили, що у хворих на ХНН ураження пародонта пов'язані з підвищенням концентрації креатиніна в крові. Крім того, підвищення рівня IgG в крові, що спостерігаються при генералізованому пародонтиті у хворих, які знаходяться на діалізі терапії, викликає наростання синтезу C реактивного білка (CRP). Як правило хворі, які отримують діалізу терапію, рідко відвідують лікаря – стоматолога. В основному це відбувається по мірі необхідності не дивлячись на те, що кожен такий хворий являється потенційним кандидатом на операцію трансплантації нирки і повинен бути повністю саноюваним для зменшення вірогідності відторгнення транспланта та розвитку інфекційних ускладнень.

Діяльність лікаря – стоматолога являється важливим елементом профілактики ускладнень і як наслідок повинна бути направлена на забезпечення тривалості і покращення якості життя хворих, що знаходяться на замісній нирковій терапії.

Рожко В.І., Жабюк Т.М.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Останнім часом з'явилися новинки та відбулося подальше удосконалення ендодонтичних технологій; наукові дослідження останніх років внесли значний вклад у краще розуміння значення інструментів і матеріалів в ендодонтії. Застосування високотехнологічних приладів, таких як операційний мікроскоп у комбінації з ультразвуком, на сьогоднішній день забезпечує можливість таких форм лікування і такі успіхи в терапії, які лише кілька років тому були доступні тільки невеликій кількості ентузіастів або ж були взагалі недоступні.

Мета дослідження - узагальнити основні принципи сучасного ендодонтичного лікування, визначити послідовність та варіації етапів маніпуляцій у кореневих каналах.

В результаті аналізу отриманих даних можемо зробити висновок, що показанням до ендодонтичного лікування є незворотні ураження пульпи зуба або її некротизація, з можливою наявністю пошкоджень в періапікальній ділянці. Показаннями до перелікування є зуби з недостатньо запломбованими корневими каналами, рентгенологічне обстеження яких вказує на патологічний стан з наявністю клінічних симптомів або без них, а також необхідність оновлення реставрації коронок зубів.

Обробку кореневого каналу слід проводити тільки після попередньої ізоляції зуба за допомогою кофердаму. Це перешкоджає проникненню у зуб слини, бактеріального інфікування, виключає аспірацію та проковтування пацієнтом інструментів, потрапляння розчинів для промивання каналів у порожнину рота.

Ендодонтичне лікування корневих каналів розпочинають зі створення доступу до порожнини зуба. Вхід у кореневий канал слід створити безпосередньо видимим, що потребує застосування бінокулярної лупи чи ендодонтичного операційного мікроскопа. Обробка корневих каналів має на меті очищення каналу від залишків тканини пульпи, бактерій і некротичних залишків тканини та надання каналу форми, яка дозволяє заповнити його біологічно інертним матеріалом. Всі інструменти для обробки корневих каналів можна звести до 3-х основних видів: К-файли (K-Feilen), римери (Reamer) і файли Хедстрема (H-Feilen, Hedstrom-Feilen).

При роботі за методикою Step-back спочатку обробляють канал в апікальній частині, а потім надають необхідної форми коронковій частині. При Step-down спочатку розширюють канал у коронковій частині, і тільки потім проводять обробку апікальної частини кореневого каналу.

Методика Double-Flare означає у підсумку коронкове розширення, починаючи з великих інструментів і більш глибоке проникнення з використанням малих інструментів. Потім малими інструментами проводять обробку від апікальної частини до коронки зуба - виходить подвійне розширення (double flaring) з коронкового напрямку і з апікального. Метод Crown-down обробки корневих каналів починається, на відміну від методики Step-down, із застосування більших за розмірами інструментів на коронковій ділянці каналу. Меншими файлами у подальшому проникають весь час глибше в канал по ходу розширення, яке починається на коронковій ділянці до тих пір, поки найменший файл не досягне апекса.

Для ірригації необхідно обирати такий засіб, який у разі максимального антибактеріального ефекту має мінімальну токсичність для тканин. На нинішній час найбільш цінним розчином для промивання є натрію гіпохлорит (3%; 5,25%; 6%). Лимонна кислота у вигляді 15% (20%) розчину має дуже високу ефективність відносно анаеробних бактерій. Тіосульфат натрію використовують для інактивації залишків попередніх розчинів перед промиванням 2% розчином хлоргексидину для знешкодження в корневих каналах патогенних грибів (в тому числі роду Candida) та актиноміцетів.

Завершальним заходом лікування корневих каналів є максимально герметичне пломбування матеріалом, який не подразнює періапікальні тканини. Пломбування кореневого каналу гутаперчевими штафтами та силером є біологічно найсприятливішим і надійним у довготривалому плані методом. Кореневий канал можна obturувати, якщо зуб не викликає болю, немає припухання, чутливості у разі перкусії, утворення нориці, а оброблений канал сухий і не має запаху.

Вирішальне значення для загального успіху лікування має якість реставрації коронки. За статистичними даними, успішні результати при хорошій якості пломбування каналу і відновлення коронки складають 91%, але при незадовільному відновленні коронки загальний успіх лікування знижується до 44%, незважаючи на добру ендодонтичну терапію.

Успішне ендодонтичне лікування вимагає строгого дотримання всіх перелічених вище принципів. Сучасна ендодонтія передбачає обов'язкове використання кофердама для ізоляції зуба, а також залучення у процес лікування таких пристроїв як бінокулярні та операційні мікроскопи.

Романко О.П.

ВПЛИВ ВІТАМІННО-МІНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ НА КАЛЬЦІЙ-ФОСФОРНИЙ ОБМІН У РОТОВІЙ РІДИНІ ВАГІТНИХ ЖІНОК

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Питання профілактики захворювання карієсом у вагітних жінок є важливим завданням сучасної стоматології. Резистентність зубів до карієсу визначається складом і властивостями гідроксиапатитів емалі. Процеси ре- і демінералізації зубів після прорізування відбувається внаслідок надходження мінеральних речовин із ротової рідини. Її ремінералізуючий потенціал залежить в першу чергу від концентрації іонів кальцію, фосфору і їх співвідношення – коефіцієнта Ca/P.

Мета дослідження - вивчення динаміки вмісту кальцію і фосфору в ротовій рідині вагітних жінок під впливом вітамінно-мінерального комплексу.

Реалізацію мети досягнуто дослідженням 60 вагітних жінок віком від 25 до 30 років, яких було розділено на 2 групи по 30 осіб (I і II). I група – 30 вагітних жінок приймали вітамінно-мінеральний комплекс в таблетках: по 2 таблетки зранку і ввечері після їди і чистки зубів до їх повного розсмоктування в порожнині рота. II група - 30 вагітних жінок, яким не призначали вітамінно-мінеральний комплекс. Об'єктом біохімічного дослідження була ротова рідина, в якій визначали концентрацію іонів кальцію, фосфору і Ca/P коефіцієнт. Контрольні огляди і лабораторні дослідження проводили на початку дослідження, через один місяць і через три місяці.

Було виявлено, що у вагітних жінок з гострим початковим карієсом концентрація кальцію в ротовій рідині на 40% нижча, ніж у здорових вагітних жінок (P<0,05), а концентрація фосфору в слині пацієнтів двох груп в півтора рази вища, чим у здорових жінок. Відповідно коефіцієнт Ca/P в слині в 2,2 рази нижче норми. Через місяць лікування рівень кальцію в ротовій рідині збільшився на 0,15 ммоль/л (15,3% від початкового значення). Концентрація кальцію в слині після трьох місяців прийому препарату у пацієнтів I групи



збільшилась з 0,98 до 1,27 ммоль/л (на 0,29 ммоль/л – 29,59% від початкового значення). В II групі даний показник практично не змінився. Концентрація фосфору в ротовій рідині у пацієнтів двох груп поступово знижується на протязі лікування, наближаючись до показників норми. Після повного курсу лікування рівень фосфору в слині у вагітних жінок I групи понизився від початкового рівня на 0,71 ммоль/л. В II групі, протягом трьох місяців концентрація фосфору не змінилась. Через місяць після початку лікування співвідношення Са/Р в I групі збільшилося в 1,3 рази (61,11% відносно норми). В II групі даний показник суттєво не змінився. Після повного курсу лікування коефіцієнт Са/Р максимально наблизився до рівня норми і досяг майже 87%. Виявлена позитивна динаміка змін концентрації кальцію, фосфору і Са/Р коефіцієнта свідчить про підвищення ремінералізуючого потенціалу слини, що сприяє активізації процесів ремінералізації емалі і вираженому карієс профілактичному ефекті вітамінно-мінерального комплексу.

Вживання вітамінно-мінерального комплексу протягом трьох місяців сприяло підвищенню ремінералізуючого потенціалу ротової рідини: інтенсивність ремінералізації початкового карієсу в I групі була на 55% вища, чим в II групі. Під впливом комплексу виникли стійкі зміни біохімічних показників ротової рідини, що можна розглядати як позитивну прогностичну ознаку карієс профілактичної дії.

Рошук О.І.

ОКИСЛЮВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА З НЕЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Кафедра ортопедичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Загальновідомо, що будь-який патологічний процес протікає на тлі утворення активних форм кисню та інтенсифікації вільнорадикального окислення біосубстратів. Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених вивченню механізмів пероксидного окиснення ліпідів і його ролі в нормальному й патологічному функціонуванні клітин, залишається відкритим питання щодо окислювальної модифікації білків (ОМБ), яку також викликають активні форми кисню, в організмі в цілому та місцево – у ротовій порожнині (РП) у хворих на виразкову хворобу шлунка (ВХШ) при наявних незнімних зубних протезах, що зумовлює актуальність даної проблеми.

Метою дослідження було з'ясувати патогенетичну роль генерації та агресії активними формами кисню процесів окислювальної модифікації білків у розвитку та перебігу патологічних змін тканин пародонта при наявності різних видів зубного протезування у хворих на ВХШ.

Обстежено 40 хворих на ВХШ у фазі загострення з наявними незнімними зубними протезами. Пацієнтів було поділено на 2 групи залежно від конструкційного матеріалу зубних протезів: 1-у групу склали 20 осіб, які мали незнімні зубні протези з металевими включеннями (металеві протези – МП); штамповано-паяні та суцільнолітні конструкції, 2-у групу – пацієнти з металокерамічними протезами (МКП). Групу контролю склали 15 осіб з ВХШ у фазі загострення з інтактними зубними рядами. Контрольну групу порівняння склали 15 практично здорових осіб (ПЗО). У всіх пацієнтів вивчали показники поширеності (у %) та інтенсивності захворювань пародонта (КПІ), індекс Грін – Вермільйона (ОНІ-S), визначали інтенсивність окислювальної модифікації білків у плазмі крові та ротовій рідині за методом Дубініної О.Є. та співавт. (1995) у модифікації І.Ф. Мешішена.

У пацієнтів К групи спостерігалась істотна активація процесів ОМБ з утворенням альдегід - та кетондинітрофенілгідрозонів основного характеру (АКДНФГОХ), вміст яких перевищив показник у ПЗО у 1,6 раза ($p < 0,05$). АКДНФГОХ є продуктами „летального синтезу” та чинниками вторинного пошкодження, що свідчить про підсилення агресії окислювального стресу у відношенні структурних та транспортних білків. Нами було встановлено вірогідне зростання інтенсивності ОМБ у обстежених хворих на 1-ї групи порівняння. Зокрема, у хворих 1-ї групи вміст АКДНФГОХ перевищував показники у ПЗО у 2,0 раза ($p < 0,05$). Інтенсивність ОМБ у хворих 2-ї групи також була вірогідно вищою від отриманих результатів у К групі ($p < 0,05$) за показниками вмісту в крові АКДНФГОХ, які перевищили показник у ПЗО в 1,8 раза ($p < 0,05$). Встановлено сильний кореляційний зв'язок між вмістом АКДНФГОХ та комплексним пародонтальним індексом ($r = 0,797$, $p < 0,001$).

У патогенезі захворювань пародонта в даній категорії хворих чільне місце посідають процеси вільнорадикального окиснення біосубстратів, зокрема білків, про що свідчить зростання вмісту в плазмі крові та ротовій рідині продуктів окислювальної модифікації білків. Наявність металевих включень в ротовій порожнині при супутній патології шлунково-кишкового тракту обтяжує перебіг вже наявних та викликає нові структурні та функціональні порушення тканин пародонта, про що свідчать максимальні значення показників окислювального стресу в даній когорті пацієнтів.



Табачнюк Н.В., Олійник І.Ю.*

СИСТЕМАТИКА ВАРІАНТІВ ФОРМИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПРОТОКИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ У ПЕРЕДПЛОДІВ ТА ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

Кафедра терапевтичної стоматології

*Кафедра патоморфології**

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

На сучасному етапі розвитку медичної науки неможливо вирішити проблеми зниження перинатальної захворюваності та смертності без поглибленого вивчення періодів ембріогенезу і раннього фетогенезу. Пізнання закономірностей становлення будови і топографії органів і систем організму людини має важливе значення для тлумачення істинного напрямку процесів органогенезу, механізмів нормального формоутворення органів, виникнення анатомічних варіантів та природжених вад. Подальшим рухом у даному напрямку є дослідження мінливості форми піднижньощелепної протоки піднижньощелепної слинної залози (ПНЩСЗ) людини впродовж внутрішньоутробного розвитку (ВУР).

Мета дослідження - вивчити варіанти форми піднижньощелепної протоки та частоту їхніх проявів у передплодів (Пп) та плодів (Пл) людини.

Реалізацію мети досягнуто дослідженням 51 Пл (4–10 місяців ВУР). Матеріал одержували з акушерсько-гінекологічних відділень лікувальних закладів м. Чернівці та області. Частоту варіантів форми піднижньощелепної протоки визначено за допомогою комплексу методів (макроскопії, мікроскопії, графічного та пластичного реконструювання, тонкого препарування під контролем біокулярної лупи, морфометрії). У Пп людини, спираючись на комплексне дослідження серійних гістологічних зрізів піднижньощелепної слинної залози, можна виділити три варіанти форми піднижньощелепної протоки: пряму, дугоподібну та S-подібну. Частоту варіантів форми піднижньощелепної протоки визначено за серійними гістологічними зрізами Пп людини 7-12 тижнів ВУР. Визначено, що пряма форма піднижньощелепних проток в даній віковій групі становить абсолютну більшість – 66,67% всіх спостережень. У цей же віковий період, у силу анатомічної мінливості піднижньощелепних проток, дугоподібна форма останніх в дослідженій групі Пп становить 25,00% , а S-подібна форма – 8,33%.

У поодиноких випадках при зачатку ПНЩСЗ виявлено додаткові та самостійні залозисті часточки. Належність описаних утворень до залозистої тканини ПНЩСЗ підтверджували їхнім гістологічним дослідженням. Із 15 препаратів Пл 81,0–185,0 мм тим'яно-куприкової довжини (ТКД) (4–5 місяці ВУР) тільки в одному випадку у Пл 185,0 мм ТКД вдалось виявити наявність п'яти додаткових і самостійних часточок правої ПНЩСЗ. Градацію поділу на “додаткові” та “самостійні” часточки визначали за спрямуванням ходу їхньої вивідної протоки: три із названих додаткових часточок розміщувались по верхньо-латеральному краю ПНЩСЗ, прилягали до неї, а вивідні протоки проникали вглиб залози й “вливались” у піднижньощелепну протоку; дві часточки знаходились самостійно на відстані 3–4 мм попереду ПНЩСЗ та мали при цьому самостійні вивідні протоки, які пронизували щелепно-під'язиковий м'яз і відкривались окремо на слизовій оболонці під'язикової ділянки дна ротової порожнини.

Форма ПНЩСЗ у даній віковій період переважно нагадувала призму із заокругленими кутами, повздожня вісь якої спрямована зверху-вниз, спереду-назад, зсередини-назовні та наближено відповідала вісі тіла нижньої щелепи (у 8 із 15 випадків). Окрім випадків найбільш часто виявленої форми ПНЩСЗ у Пл 4–5 місяців ВУР нами були виявлені залози еліпсоподібної, підковоподібної та трикутної форми.

Форма і довжина піднижньощелепної протоки ПНЩСЗ у пренатальному онтогенезі людини варіює. Тому, для зручності опису, визначено шляхом тонкого препарування під контролем біокулярної лупи, вивченням топографоанатомічних зрізів, графічних і пластичних реконструкційних моделей форму піднижньощелепної протоки у плодів 4–10 місяців ВУР ми розділили на три варіанти: 1-й варіант – пряма піднижньощелепна протока ПНЩСЗ – спрямована косо-горизонтально, дещо зверху-донизу і спереду-назад; 2-й варіант – дугоподібна піднижньощелепна протока ПНЩСЗ – має дугоподібне спрямування спереду-назад-латерально та випуклістю дуги обернена назад-медіально; 3-й варіант – S-подібна піднижньощелепна протока ПНЩСЗ – представлена двома протилежноспрямованими з'єднаними між собою дугоподібними фрагментами, які сукупно нагадують латинську літеру “S”.

Вперше запропоновано систематику варіантів форми піднижньощелепної протоки (*ductus submandibularis*) ПНЩСЗ у передплодів та плодів людини з визначенням форми як: пряма, дугоподібна та S-подібна.

Хомич Н.М., Горицький Я.В., Митченко М.П.

ДИНАМІКА ЗМІН БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНІХ ЗУБІВ МУДРОСТІ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Післяопераційний період атипового видалення нижніх зубів мудрості зазвичай супроводжується такими запальними ускладненнями як набряк м'яких тканин, біль у ділянці післяопераційної рани та тризм жувальних м'язів. У розвитку цих симптомів активну участь беруть медіатори запалення, зокрема, цитокіни, які належать до класу сигнальних молекул, поряд з гормонами. Цитокіни діють на клітини за допомогою