

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



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



Вірусносійство зустрічається в більше ніж 90% людей і є однією з особливостей герпесу. Після первинного зараження через 1-3 тижні в організмі утворюються антитіла до герпесу, що зберігаються протягом усього життя на відносно постійному рівні незалежно від того, як часто людина має герпетичні висипання. Проте ці антитіла не попереджають повторів захворювання. Рецидиви герпесу виникають хоча б один раз у житті у 30-35% інфікованих у будь-якому віці. Однією з найбільш характерних ознак рецидивуючого герпесу є постійність анатомічних місць висипань.

Маю за необхідність ще раз підкреслити, що герпетична інфекція постає як провідна медико-соціальна проблема, що потребує значної уваги як з боку лікарів, так і держави в цілому. Це зумовлює необхідність обов'язкової реєстрації таких хворих та проведенні постійного моніторингу захворюваності вірусом простого герпесу, що забезпечить можливість вивчати й контролювати поширеність інфекції у нашій країні.

Беручи до уваги високий розвиток технологій у стоматологічній практиці й тривалість втручань, які можуть спровокувати рецидиви герпесу, лікарям потрібно розробляти нові ефективні засоби профілактики.

Краснюк І.П.

ПРОФЕСІЙНА ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТУ

Кафедра терапевтичної стоматології

Буковинський державний медичний університет

Захворювання тканин пародонту займають одне із перших місць за частотою і поширеністю серед стоматологічних захворювань. Захворюваність гінгівітом і пародонтитом у різних вікових групах коливається від 80-100%. За результатами досліджень найбільша роль у виникненні захворювань пародонту належить мікрофлорі порожнини рота. Гінгівіт та пародонтит виникають у результаті відповіді організму хазяїна на контамінацію мікроорганізмів, які контактують з тканинами пародонта.

Метою дослідження була професійна гігієна порожнини, що рота включає в себе: професійне чистення зубів, навчання індивідуальній гігієні та вибір і призначення індивідуальних засобів і предметів гігієни. При пародонтиті, особливо при його агресивному перебігу, бажано проводити професійну гігієну кожні 3 місяці.

Першим етапом є антисептична обробка порожнини рота. З цією метою використовують різні групи антисептиків «Лістерин» (містить тимол, евкаліпт та ментол), хлорвмісні детергенти – хлоргексидин і гекситидин і хлорвмісні феноли – мірамистин. На другому етапі необхідно зазначити, що основним інструментом для зняття твердих зубних відкладень при гінгівіті є різні модифікації серповидних скейлерів. Їхня робоча поверхня має трикутний розріз та складається із лицьової і латеральної поверхонь. Лицева поверхня має дві різучі грані, які сходяться, утворюючи гострий кінчик. Для видалення зубного каменю використовують тільки дистальна частина гострої грані скейлера. Оскільки серповидні скейлери мають жорсткий стержень, їх можна використовувати для видалення значної кількості твердих зубних відкладень. Також використовують універсальні та спеціальні кюрети. Універсальні кюрети призначені для видалення зубного каменю на різних поверхнях всіх груп зубів. Їх також використовують для видалення з пародонтальних кишень грануляцій, врослого епітелію танекротизованого цементу кореня зуба. На відміну від універсальних кюрет лицева поверхня спеціальних зоно специфічних кюрет Грейсі має тільки одну гостру різучу грань. Повний набір кюрет Грейсі складається із дев'яти двосторонніх інструментів. В залежності від вигину термінальної частини стержня вони адаптовані до визначених поверхонь різних груп зубів. Для фінішного полірування можна використовувати порошкоструйний прилад «AIR FlowPerio». Завдяки спеціальному наконечнику цей прилад можна використовувати в пародонтальних кишнях в поєднанні із дрібнодисперсним порошком «AIRFlow PULVER Perio», у якому розмір сферичних часточок не перевищує 25 мкм. Для контролю якості видалення зубного каменю найбільш раціонально використовувати зонд «Експлорер», який має тонку вигнуту робочу поверхню і гнучкий стержень. Останній забезпечує максимальну тактильну чутливість, необхідну для виявлення невеликої кількості зубних відкладень. Наступним етапом є видалення м'яких зубних відкладень за допомогою торцевих щіточок, паст із середнім ступенем абразивності, який складає в середньому 40-70 мкм, і флосів. Для очищення вестибулярних, оральних і жувальних поверхонь рекомендується циліндричні щітки різного діаметру. Для видалення м'якого зубного нальоту з контактних поверхонь також використовують флоси та штрипси. Заключний етап професійного чистення зубів передбачає флюоризацію поверхонь для профілактики гіперчутливості твердих тканин зубів.

Таким чином можна зробити висновок, що професійна гігієна порожнини рота при захворюваннях тканин пародонту буде ефективна тільки при повному дотриманні всіх етапів її виконання з урахуванням віку пацієнта і клінічної ситуації. Якість її проведення є важливим етапом комплексного лікування хвороб пародонту.

Кузняк Н.Б., Паліс С.Ю.

КІСТИ ТА ПУХЛИНОПОДІБНІ УРАЖЕННЯ ЩЕЛЕПНИХ КІСТОК, ЯКІ РОЗВИВАЮТЬСЯ ІЗ ЗАЛИШКОВОГО ЗАЛОЗИСТОГО ЕПІТЕЛІУ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Буковинський державний медичний університет

Кісти щелеп – одна з найпоширеніших патологій серед захворювань щелепно-лицевої ділянки. Серед операцій, виконаних хірургами-стоматологами в амбулаторних умовах, операції з приводу одонтогенних кіст щелеп займають одне з перших місць після операції видалення зуба, а серед пацієнтів, що поступають в



стоматологічні стаціонари, хворі з одонтогенними кістами складають біля 8%. Але інколи після операції кістектомії та патологоанатомічного дослідження хірург-стоматолог отримує досить неочікувані результати, коли внутрішньокісткові пухлини та кісти містять тканину слинних залоз.

Так, в 1984 р. на Міжнародній конференції асоціації патологоанатомів темою обговорення стали кісти, які одночасно несли в собі ознаки як одонтогенних кіст, так і слинних залоз. Вперше така кіста була названа сіало-одонтогенною Padayachee і Van Wyk в 1987 р. В подальшому Гарнер із співавт. (1988) описали її як «залозиста одонтогенна кіста» (ЗОК). Дані кісти є рідкісним захворюванням. Дані з архіву відділення щелепної патології Університету Witwatersrand (Південна Африканська республіка), за період з 1992 по 2004 р.р. зареєстровано лише 6 випадків даної кісти із 3498 спостережень щелепних кіст (0,2 %). Jones із співавт. (2006), за 30-річний період, виявили 11 випадків з 7121 кіст щелеп (0,2 %). На сьогоднішній день описано більше 100 випадків даної патології.

Нами було описано два випадки: випадок залозисто-одонтогенної кісти фронтального відділу нижньої щелепи ми спостерігали у пацієнта 43 років на базі Чернівецької ОКЛ в 2013 році. Помірно-диференційована аденокарцинома верхньої щелепи справа діагностована у хворої 55 років на базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова в 2008 році. В обох випадках попереднім діагнозом була «одонтогенна кіста» та проведена операція «кістектомія» під місцевим знеболенням. При патогістологічному дослідженні в обох випадках були виявлені залозисті структури (слинні залози).

Причини появи залозистого епітелію в щелепах зазвичай не обговорюють. Але професором С.М. Шуваловим зроблено припущення, що в період ембріонального розвитку щелеп в онтогенезі ембріон повторює етапи філогенезу деяких тварин (плазунів, ссавців). Так, збереження залозистого епітелію при формуванні зубів спостерігається у деяких видів плазунів і ссавців. В процесі філогенезу голови відбулось формування ротової порожнини з послідовним розвитком в ній органів спеціального призначення, таких як зуби, язик і ротові залози. І розвиток цих органів тісно пов'язаний між собою. У риб і водних амфібій ротові залози мають саму примітивну будову. В отруйних змій, ящірок та ссавців, таких як ехидна, качконіс, шелезуб, деякі ротові залози серозного типу перетворились в складну трубчасту отрутовидільну залозу, пов'язану з зубами. У людини також при закладці тканин слинних залоз як великих, так і малих залозисті клітини інколи розташовані поза межами їх капсул. Відомо, також, що закладка залозистого епітелію у людини відбувається разом з зубною пластинкою на протязі перших трьох місяців ембріонального розвитку, після чого відбувається його інволюція. Однак, в ряді випадків клітини залишкового епітелію зберігаються і можуть служити основою для розвитку аденокарцином та виявляться в складі еволюційних кіст.

Отже, розвиток зубів безпосередньо пов'язаний з розвитком слинних залоз не лише в онтогенетичному, а й у філогенетичному аспектах; в постнатальному періоді залишки залозистого епітелію є причиною залозисто-одонтогенних кіст; дані клітини залишкового епітелію можуть стати причиною розвитку аденокарцином та центральних мукоепідермоїдних карцином щелеп.

Кузняк Н.Б., Вітковський О.О.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ УСКЛАДНЕНИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Буковинський державний медичний університет

Тенденція до зростання кількості травм щелепно-лицевої ділянки, важкість їх перебігу внаслідок значного об'єму пошкодження тканин, комбінація з травмами суміжних ділянок та життєвоважливих органів, довготривале лікування та розвиток післятравматичних ускладнень пояснює актуальність даної проблеми. Ряд авторів відмічають щорічний приріст кількості переломів кісток обличчя на 10-15% та збільшення термінів реабілітації вдвічі (при наявності ускладнень), тому своєчасна рання діагностика та правильний вибір лікування переломів нижньої щелепи із посттравматичними ускладненнями залишаються важливими та актуальними.

Покращення ефективності лікування хворих з переломами нижньої щелепи ускладнених гнійно-запальними процесами шляхом введення в післяопераційну рану дилататорів із нікелід-титану з ефектом пам'яті було метою нашого дослідження. Використовували ранорозширювач із нікелід-титану марки ТН-10, який має форму корони і складається з 4-8 дровових повертаючих витків. Виготовлення приладу з нікелід-титану марки ТН-10 дозволяє в охолодженому стані (0-5°C) легко зменшити діаметр дилататора більш ніж в 20 разів. Це спрощує введення приладу в післяопераційну рану та зменшує травматичність його встановлення. Під впливом температури тканин прилад, поступово приймаючи свою початкову форму, самофіксується в рані, виконуючи дилатацію рани. Хворих було поділено на дві групи: в основній проводилося лікування із додатковим введенням дилататорів із нікелід-титану в післяопераційну рану, в контрольній – лікування із використанням традиційних методів.

Таблиця

Результати лікування хворих основної та контрольної груп

Показник	Основна група (n=16)	Контрольна група (n=18)
Зникнення набряку	3,8±0,3	5,7±0,4
Припинення екудації	5,1±0,4	7,3±0,7
Розсмоктування інфільтрату	5,3±0,4	8,3±0,9
Перші ознаки грануляції та епітелізації рани	7,8±0,5	10,6±0,8
Рентгенологічні ознаки утворення первинної кісткової мозолі	14,2±0,9	16,5±0,6