

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



**МАТЕРІАЛИ  
95 – ї  
підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

**17, 19, 24 лютого 2014 року**

**Чернівці – 2014**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.  
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 Польовий В.П.  
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.  
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2014



**Кузняк Н.Б., Трифаненко С.І.**

### **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ДІАЛІЗАТОРІВ З СОРБЕНТАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОН ПІДЩЕЛЕПОВОЇ ДІЛЯНКИ**

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Суть методу полягає у видаленні токсичних метаболітів мікробних клітин і бактеріальних токсинів із вмісту рани при прямому контакті з сорбентом.

Мета дослідження: вивчити ефективність лікування одонтогенних флегмон підщелепкової ділянки препаратом сорбційної дії Лізетоксом, створеним на основі сорбенту полісорбу.

Хворих на флегмони підщелепкової ділянки розділили на 2 групи: основна і контрольна. В 1-й, основній, групі (26 осіб) проводили традиційне лікування, а в 2-й, контрольній (28 осіб) замість перфорованих трубчатих дренажів застосовували діалізатор із сорбентом. Після розкриття флегмони в рану вводили діалізатор, виготовлений із напівпроникної мембрани, наповненої порошком Лізетоксу. Перев'язку рани, під час якої діалізатор замінювали на новий, проводили один раз на добу. У більшості хворих другої групи не виникала необхідність в призначенні загального лікування.

Порошкоподібна композиція Лізетокс включає, в якості основи, полісорб (стандартизована лікувальна форма дисперсного кремнезему, ТФС 42-2148-92), трипсин кристалічний (ДФ Х ст.703) або хімопсин, етоній (ФС 42-1599-87). Склад композиції: полісорбу – не менше 96%; трипсину – 1-2% (в залежності від активності ферменту); етонію – 1-2%. Лізетокс має детоксикаційну, осмоларну (водопоглинаючу), протимікробну і протеолітичну активність. Досвід показує, що раціонально використовувати даний препарат для місцевого лікування гнійних ран в 1-й фазі раннього процесу.

Результати клінічних спостережень свідчать, що в основній групі пацієнтів, котрі отримували традиційне лікування, біль та інфільтрація тканин в ділянці рани зменшилась на 5,72 +/- 0,15 день, а у пацієнтів контрольної групи на 4,53 +/- 0,16. Запальна контрактура нижньої щелепи і порушення ковтання в основній групі – 4,35 +/- 0,27, а в контрольній – 3,28 +/- 0,25 день; повне очищення рани і поява грануляцій, основна група – 4,42 +/- 0,12 день, тоді як в контрольній – 3,64 +/- 0,14. Біль у рані в пацієнтів основної групи зменшився на 3,46 +/- 0,12 день, а в пацієнтів контрольної на 2,38 +/- 0,15. Повне очищення рани і поява грануляцій спостерігалась на 3,46 +/- 0,16 день в пацієнтів основної групи, а в пацієнтів контрольної на 2,52 +/- 0,18.

Проведені дослідження показали, що застосування порошкової композиції Лізетокс, в місцевому лікуванні одонтогенних флегмон, має перевагу над традиційним лікуванням та якісно пришвидшує очищення рани та її загоєння.

**Левандовський Р.А., Беліков О.Б., Шановський А.М.**

### **ІНТЕЛЕКТУАЛЬНА РЕЗЕКЦІЙНА АПАРАТУРА З ПІДНЕБІННИМ ШАРНІРНИМ КРІПЛЕННЯМ**

*Кафедра ортопедичної стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Останнім часом проблема реабілітації хворих, які втратили частину або цілу верхню щелепу через онкологічні або інші чинники без сумніву актуальна, що підтверджується багатьма публікаціями. Дане хірургічне втручання призводить до об'ємних анатомічних дефектів, що в свою чергу веде до значного порушення функції мовлення, жування, дихання, ковтання. Різко і за короткий час змінюється зовнішність, виникає асиметрія обличчя внаслідок втрати частини або цілого органа. Безперечно всі ці хворі психологічно подавлені і шоковані ситуацією, що виникла. Спотворення обличчя, яке виникає після операції, з приводу злоякісної пухлини щелепно-лицевої ділянки, однозначно призводить до важкого психологічного розладу. Нерідко навіть сприятливий прогноз основного захворювання не виводить їх з цього стану.

Метою нашого дослідження було розробити та ввести в практику ортопедичної стоматології ефективну резекційну апаратуру для реабілітації хворих після резекції верхньої щелепи.

В період з грудня 2005 по березень 2013 року ми спостерігали за 9 пацієнтами (чотири чоловіки та п'ять жінок) віком від 43 до 67 років з резекцією верхньої щелепи з приводу злоякісного новоутворення. Всім цим хворим була запропонована для користування резекційна апаратура з шарнірною піднебінною фіксацією, якою вони користувались до кінця життя або користуються по сьогоднішній день.

Враховуючи категорію хворих про яку йде мова треба розуміти, що надійність резекційної апаратури повинна бути за найвищими стандартами, які тільки можливі в даній ситуації. Дуже часто цієї категорії хворих при поломці протезів або її відсутності взагалі (захисні пластинки, безпосередні протези) або видаленні опорних зубів вже нічого неможливо суттєво переробити або поправити маючи на увазі апаратуру - часто через важкий загальний стан їх зв'язаний з основним захворюванням. В такому разі до страждальців зв'язаних з основним захворюванням додаються проблеми косметичні та психологічні через відсутність якісної резекційної апаратури. Образно кажучи стандарти допомоги цим хворим повинні бути як в авіації дуже високими. Запропонований нами замісний пост резекційний протез верхньої щелепи містить незнімну опорну частину у вигляді з'єднаних між собою естетичних коронок і знімну обтуруючу частину. Обидві частини протезу сполучені між собою лабільним багатовісьовим шарніром, в якому вісі



розміщені з піднебінного боку опорних коронок, при цьому незнімна опорна частина конструктивно уможливує використання замість втрачених зубів пацієнта дентальні імплантати, як з гвинтовою так і з цементною фіксацією коронок. Ми вважаємо, що цементна фіксація є більш надійною у даній категорії пацієнтів, хоча технологічно є більш складною. Резекційна частина апаратури представляє собою знімний обтуруючий пустотілий частковий протез в основі якого металевий облеглий перфорований базис на якому за формою дефекту закріплено шляхом гарячої полімеризації штучні зуби на акриловому базисі. Зі сторони дефекту штучна гайморова пазуха змодельована з м'якої пластмаси знову ж таки гарячої полімеризації.

Нами запропоновано шарнірне піднебінне кріплення. Розміщення осей шарніру з піднебінного боку опорних коронок перерозподіляє жувальний тиск вздовж силових ліній навантаження, а не тангенціально, як при традиційному кріпленні протеза при допомозі нерухомих кламерів чи замкових з'єднань на гребнях альвеолярного паростку. Роз'єднати обидві частини протеза пацієнт може лише при допомозі спеціального ключа індивідуального виготовлення.

**Остафійчук М.О.**

### **ВПЛИВ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОГО ГЕЛЮ «R.O.C.S Medical Minerals» НА ТВЕРДІ ТКАНИНИ ЗУБІВ ПРИ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ДЕНТИНУ, ЩО СУПРОВОДЖУЄ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТУ**

*Кафедра терапевтичної стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

За даними епідеміологічних досліджень, підвищеною чутливістю твердих тканин зубів страждає від 3 до 57% дорослого населення, і, за даними ВООЗ, ця цифра невинно зростає. У нашій країні 40-70% населення у віці 20-65 років страждають різними формами гіперестезії зубів. Серед найбільш частих причин розвитку гіперестезії дентину при захворюваннях тканин пародонту відмічають запально-дистрофічні процеси в тканинах пародонта, наслідки хірургічних втручань на пародонті, розвиток генералізованої рецесії, пародонтальну атрофію, травматичне чищення зубів, а також специфічне харчування хворих.

Використання ремінералізуючої терапії при гіперестезії залишається найбільш поширеним методом лікування. Це препарати на основі кальцію, хлориду калію чи нітрату калію. У нашому дослідженні ми використали ремінералізуючий гель «R.O.C.S Medical Minerals», який є джерелом кальцію, фосфору і магнію. Під нашим спостереженням знаходилось 45 пацієнтів, які в залежності від стану тканин пародонта були розділені на групи: перша група – інтактний пародонт (12 чоловік), друга група – хронічний катаральний гінгівіт (18 чоловік), яким для лікування гіперестезії призначено гель «R.O.C.S Medical Minerals», третя група – хронічний катаральний гінгівіт (15 чоловік), яким не призначався гель «R.O.C.S Medical Minerals». Клінічний стан тканин пародонта оцінювали за допомогою об'єктивних пародонтальних індексів. Діагноз захворювань пародонта встановлювали відповідно систематичі тканин пародонта по Н.Ф. Данилевському(1994). При діагностиці гіперестезії дентину користувались класифікацією Ю.А. Федорова(1997). Всім хворим проведено професійну гігієну порожнини рота, навчено техніці чищення зубів, а другій групі призначено нанесення ремінералізуючого гелю «R.O.C.S Medical Minerals» компанії «ROCS» (Швейцарія-Росія). Методика використання – двічі на день протягом 30 днів.

Результати проведеного дослідження оцінювали по клінічним методам діагностики (реакції на температурні подразники, зондування), на основі скарг хворих. Проведене клінічне спостереження показало, що більшість хворих не пред'являли скарги на гіперестезію вже з п'ятого дня використання гелю. У одного хворого на третій день відмічалось посилення гіперчутливості, але на 5-6-й день скарги зникли. При проведенні об'єктивного клінічного обстеження встановили, що інтенсивність реакції твердих тканин зубів на подразники знизилась суттєво – у 6,0 – 10,0 раз. Тільки у окремих хворих (7%) зберігалась незначна реакція на температурні подразники. 25% пацієнтів третьої групи (не використовували ремінералізуючий гель «R.O.C.S Medical Minerals») пред'явили скарги на гіперчутливість твердих тканин зубів.

Отже, ремінералізуючий гель «R.O.C.S Medical Minerals» володіє вираженими антисенситивними і ремінералізуючими властивостями, механізм яких пов'язаний з регулюючим впливом на обмін мікроелементів у ротовій рідині.

**Рошук О.І.**

### **ВПЛИВ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ НА ТКАНИНИ ПАРОДОНТА ПРИ ЗНИЖЕННІ рН РОТОВОЇ РІДИНИ**

*Кафедра ортопедичної стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Перебіг виразкової хвороби (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки чимало дослідників Європи та Америки пов'язують з ураженням пародонта. Зміна фізико-хімічних властивостей ротової рідини, пов'язаних зі зниженням рН внаслідок гастроєзофагального рефлексу, що є головним симптомом ВХ, супроводжується мікробіологічним дисбалансом зі збільшенням активності кислото- та аміакпродукуючої мікрофлори.

Клінічна картина ротової порожнини (РП) у хворих на ВХ – незадовільна гігієна ротової порожнини, зниження рН ротової рідини та, як наслідок, порушення її мінералізуючих властивостей,