



Одеський національний медичний університет

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З ВСЕУКРАЇНСЬКОЮ УЧАСТЮ,  
присвячена 65-річчю  
від дня заснування стоматологічного  
факультету ОНМедУ

# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТОМАТОЛОГІЇ

19 вересня 2023 року  
Тези доповідей



Одеський національний медичний університет

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З  
ВСЕУКРАЇНСЬКОЮ УЧАСТЮ,  
присвячена 65-річчю від дня заснування  
стоматологічного факультету ОНМедУ

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТОМАТОЛОГІЇ**

19 вересня 2023 року

Тези доповідей

***Головний редактор:***

ректор, академік НАМН України,  
професор Валерій ЗАПОРОЖАН

***Заступник голови:***

декан стоматологічного факультету,  
доцент Володимир ВАЛЬДА

***Редакційна колегія:***

професор Станіслав ШНАЙДЕР  
професор Василь СКИБА  
професор Анатолій ГУЛЮК  
професор Володимир ГОРОХІВСЬКИЙ  
професор Павло РОЖКО  
професор Оксана ДЄНЬГА  
професор Сергій ПУХЛІК  
доцент Анастасій ДЄНЬГА

***Технічні секретарі:***

Тетяна ПРИБОЛОВЕЦЬ  
Владислав ЛИСЕНКО

Актуальні питання стоматології: наук.-практ. конф. з всеукраїнською участю, присвячена 65-річчю від дня заснування стоматологічного факультету ОНМедУ. Одеса, 19 вересня 2023 року: тези доп. - Електронне видання. - Одеса: ОНМедУ, 2023, - 105 с.

У тезах доповідей всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 65-річчю від дня заснування стоматологічного факультету ОНМедУ, наведено матеріали учасників зібрання, а також іменний покажчик доповідачів.



## Секція стоматології

---

**Комбіноване використання шкірно-м'язового клапотя грудної клітини та круглого шкірно-жирового клапотя за В.П. Філатовим в усуненні дефектів вогнепального походження**  
**Гулюк А.Г, Педченко Д.М**  
*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

В останній час вогнепальні поранення у сучасному світі набули значної інтенсифікації, яка пов'язана з криміналізацією суспільства, терористичними загрозами, збільшенням числа локальних військових конфліктів та громадських заворушень.

Новітня вогнепальна зброя спричинює складні поєднані ураження усіх видів тканин щелепно-лицевої ділянки. Такі поранення характеризуються утворенням дефекту м'яких тканин, судин та нервів, а в ушкодженні кісток - множинними уламковими переломами з дефектом кісткової тканини. Великі дефекти м'яких тканин потребують пластичного закриття.

За останні десятиріччя був досягнутий чималий прогрес в реконструктивній хірургії голови та шиї. У 1855 році Діффенбах у своїй модифікації методу реконструкції носа [1] описав переваги пришивання клапотя руки перед перенесенням замість того, щоб залишати його відкритим, а в 1870 році Шимановський стверджував, що слід уникати відкритих ран у реконструктивній хірургії для зниження ризику інфікування [2]. У 1917 році Філатов В.П. запропонував використовувати метод пластичної хірургії - перенесення шкірного клапотя, згорнутого в трубку, разом з підшкірною жировою клітковиною [3]. Шкірно-м'язовий клапоть великого грудного м'яза був

описаний S.Ariyan у 1979 році, та був використаний для заміщення дефектів голови та шиї [4]. Перевагами використання клапотя виступає легкість забору, значний об'єм пластичного матеріалу, постійність судинної ніжки, надійність та короткий час роботи.

**Мета роботи** - закриття значних за обсягом післяопераційних дефектів, які виникли внаслідок вогнепального ураження за допомогою використання грудного шкірно-м'язового клапотя та круглого шкірно-жирового стебла в реконструктивній хірургії щелепно-лицевої ділянки.

**Матеріали та методи.** Реконструкція складних дефектів була представлена у хворого Х., 22 років. Травма була отримана внаслідок вогнепального осколкового поранення. Значний м'яких тканин нижньої третини обличчя, верхньої губи, крила носа, дефект твердого і м'якого піднебіння, фронтальної ділянки верхньої щелепи. Об'єм даного дефекту зумовила використання 2-х стебел Філатова та одного шкірно-м'язового клапотя грудної клітини.

Першим етапом оперативного втручання було формування великого шкірно-м'язового клапотя грудної клітки [5].

Для цього були проведені лінії від іпсилатерального акроміона до ксифістернума та ще одну лінію вертикально від середньої точки ключиці до перетину першої лінії. Шкірна частина пересадкового матеріалу розміщувалася над грудним м'язом вздовж шляху грудної гілки торако-акроміальної артерії. Щоб уникнути надмірної напруги шкіри у ділянці накладання швів, її додатково мобілізували, що сприяло швидкому загоєнню післяопераційної рани на грудній частині тіла та дозволило належно візуалізувати більшу частину грудного м'яза під час його мобілізації та обертання в бік дефекту, який виправляють. Площину розрізу між бічною стороною грудної клітки та великим грудним м'язом і його судинною ніжкою було створено шляхом розсічення вздовж нижньої поверхні великого грудного м'яза. Для перенесення пластичного матеріалу (ШМК) до дефектної зони був створений тунель під шкірою від верхнього полюсу

операційної рани в районі грудино-ключичного сполучення до операційної рани в підщелеповій ділянці.

Другим етапом після загоєння ран проведено усунення дефекту твердого піднебіння с використанням шкірно-жирового клапотя за Філатовим В.П.

**Висновки.** Сьогодні реконструкція з використанням великого грудного м'яза є першочерговим методом для відновлення голови та надає можливість провести одноетапне відновлення з задовільними косметичними та функціональними результатами..

Обмежена кількість донорських м'яких тканин у передній частині нижньо-щелепової ділянки, наявність щелепних кісток та необхідність створення бар'єру епітелію в ділянці дна ротової порожнини для ізоляції кісткових трансплантатів і реконструктивних пластин від ротової рідини створюють дуже складні умови для відновлення нижньої третини обличчя і хірургічної реабілітації поранених.

## **Історія кафедри терапевтичної стоматології**

**Скиба В.Я, Івченко Н.А**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Стоматологічний факультет в Одеському медичному інституті ім. М.І Пирогова був відкритий в 1958 році. Кафедра терапевтичної стоматології почала працювати з 1960 року

Першим завідувачем кафедри терапевтичної стоматології був О.І.Марченко. Він завідував кафедрою з 1960 по 1977 рік. Оснрвнипм напрямком его робіт було вивчення фізіологічних механізмів всмоктування слизовою оболонкою порожнини рота лікарських засобів, застосованих в стоматології.

В різні роки кафедрою завідували видатні вчені України, такі як професор О.І.Марченко, професор В.Ю.Скляр, професор Р.Г.Синіцин, чл-кор АМН України К.М. Косенко.

За роки існування кафедри співробітниками кафедри захищено 8 докторських та 26 кандидатських дисертацій, виконано 22 наукові роботи, опубліковано 25 монографій більш 650 наукових статей, отримано 37 авторських свідоцтв.

На протязі всіх років наукові тематики кафедри визначалися потребами практичної охорони здоров'я та проводилися дослідження патогенезу, лікування та профілактики карієсу зубів, захворювань тканин пародонту та захворювань слизової оболонки порожнини рота.

Професор Синіцин Р.Г. проводив дослідження патогенезу карієсу зубів та експериментально підтвердив цілесобразність застосування ремінералізуючої терапії для профілактики карієсу зубів. Розроблені ним та його учнями профілактичні засоби та методи їх застосування широко застосовуються в практичній стоматології і по теперішній час.

Дослідження, вперше виконані проф. Р. Г. Синіциним, дозволили отримати принципово нові дані про патогенез карієсу зубів і клінічні особливості прояву початкової стадії захворювання.

Скляр В.Ю. займався вивченням патогенезу захворювань слизової оболонки порожнини рота з метою розробки засобів для їх профілактики та лікування. Він був першим засновником зубних елексірів, котрі найшли широке застосування в стоматології.

Під керівництвом професора К.М.Косенко був зібран банк даних о захворюваності в Україні та на протязі багатьох років проводився моніторинг стоматологічної захворюваності. Співробітники кафедри розробляли та впроваджували в клініку лікувально профілактичні засоби для карієсу зубів та лікувально-профілактичні засоби для слизової оболонки порожнини рота та тканин пародонту. Костянтин Миколайович був одним з організаторів 1 з'їзду Асоціації стоматологів України, де виступав з Концепцією реформування

стоматологічної допомоги населенню України. К. М. Косенко – співавтор стоматологічних розділів програми ДКНТ України «Здоров'я людини», ініціатор та науковий керівник» Національної програми профілактики стоматологічних захворювань серед населення України", фрагмент якої виконується колективом кафедри.

На протязі всіх років кафедра має клінічну базу і в Інституті стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України. На базі Інституту студенти мають можливість разом з завідувачем кафедрою професором Скибою В.Я. консультувати хворих, приймати участь в призначенні засобів для лікування та профілактики стоматологічних захворювань. Студенти мають можливість бачити хворих з різними клінічними діагнозами і мені дуже приємно бачити, як вони уже іншим хворим самі можуть поставити діагноз.

Завідувач кафедри В.Я. Скиба експериментально обґрунтував та впровадив у клінічну стоматологію новий біогенний стимулятор «Біотрит», зубний еліксир «Біодент-2» та комплексний антиоксидантний препарат «Катомас», який значно прискорює регенерацію слизової оболонки порожнини рота. З його участю розроблені та впроваджені в практику ряд зубних елексірів, в склад котрих входили біологічно-активні речовини для профілактики рецидивів захворювань слизової оболонки порожнини рота

На кафедрі терапевтичної стоматології під керівництвом доцента Герасімової І. В. активно працює науковий гурток де студенти виконують наукові роботи та доповідають отримані результати на студентських конференціях.

Кращі студенти університету мають можливість підвищувати свою кваліфікацію в клінічній ординатурі та аспірантурі.

Співробітники кафедри захистили більш 30 кандидатських та 7 докторських дисертацій.

Зараз на кафедрі працюють 9 доцентів та 3 асистента з великим досвідом роботи.



В рамках освітніх програм студенти на кафедрі терапевтичної стоматології вивчають розвиток, лікування та профілактику основних стоматологічних захворювань. З цією метою на кафедрі працюють кабінети, де студенти мають можливість отримувати практичні навички препаровки зубів. Студенти мають всі можливості для отримання хороших знань та практичних навичок на кафедрі терапевтичної стоматології для подальшої роботи стоматологом.

## **Відновлення кісткового пародонтального дефекту біологічно активним матриксом в експерименті**

**Вишневська Г.О.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

В літературі можна знайти велику кількість публікацій, які оцінюють вплив біологічно активних матеріалів на регенерацію тканин пародонта та результати цих досліджень часто суперечливі [1,2]. Тому і зараз лишається відкритим питання про те чи доцільно застосовувати біологічно активні препарати для прискорення регенерації пародонтального дефекту.

**Мета дослідження:** оцінка додаткових біологічно активних матеріалів, таких як децелюляризована амніотична мембрана, фактори росту PRP та гіалуронова кислота для відновлення кісткової тканини при пародонтальних дефектах в експерименті.

**Матеріали і методи дослідження.** Для досліджень в якості експериментальної тварини були обрані 96 білих лабораторних щурів лінії Вістар, обох статей, масою 200-250 г і 1 щур був донором для отримання крові для виготовлення PRP. Після евтаназії шляхом внутрішньочеревно введення летальної дози 0,5% розчину тіопенталу натрію у щура збирали кров в пробірку, яку потім поміщали в центрифугу Kokusan H-9R (Японія). Виконували центрифугування в режимі 1600 обертів протягом 20 хвилин при температурі

29°C. Після центрифугування з пробірки відбирали верхній і середній шари і переносили їх в чисту пробірку, яку поміщали в центрифугу, і виконували друге центрифугування в режимі 400 обертів протягом 15 хвилин. Таким чином була отримана плазма, розділена на 2 фракції: верхній шар - плазма, збіднена тромбоцитами; нижній шар - плазма, збагачена тромбоцитами. Для отримання біологічно-активної мембрани в комбінації з факторами росту PRP та гіалуроновою кислотою 1 мл PRP змішували з 0,5 мл гіалуронової кислоти в стерильній чашці. Ліофілізовану амніотичну мембрану поміщали в чашку Петрі і проводили регідратацію 0,9% розчином NaCl протягом 40 хвилин. Далі, регідровану амніотичну мембрану поміщали на стерильний столик і покривали її передню поверхню PRP з гіалуроновою кислотою. Після цього мембрану перевертали і покривали зворотній бік мембрани також використовуючи PRP і гіалуронову кислоту [3].

Тварини були розділені на 4 групи по 24 в кожній. Всім тваринам попередньо створювали моделі дефекту кістки альвеолярного відростка нижньої щелепи. В умовах загальної анестезії слизову оболонку і окістя альвеолярного відростка нижньої щелепи відшаровували від кістки, створюючи повношаровий клапоть і хірургічним бором з водяним охолодженням (швидкість обертання 10000 оборотів) створювали дефект кістки з вестибулярної сторони в ділянці молярів на нижній щелепі. Після формування дефекту кістки округлої форми, діаметром 3 мм у тварин першої групи (n = 24, 12 самців і 12 самок) відсепарований клапоть повертали на місце та ушивали його вузловими швами з використанням атравматическої голки 7/0 (Ethicon). Ця група була контрольною.

Тваринам другої групи (n = 24, 12 самців і 12 самок) дефект кістки відновлювали децелюляризованою регідрованою амніотичною мембраною, і закривали відсепарованим клаптем, який фіксували вузловими швами з використанням атравматическої голки 7/0 (Ethicon). Розмір і форма амніотичної мембрани була адаптована до розміру дефекту.

Тваринам третьої групи (n = 24, 12 самців і 12 самок) дефект кістки відновлювали децелюляризованою регідрірованою амніотичною мембраною з нанесеним на її поверхню PRP.

Тваринам четвертої групи (n = 24, 12 самців і 12 самок) дефект кістки відновлювали децелюляризованою регідрірованою амніотичною мембраною з нанесеним на її поверхню PRP та гіалуриновою кислотою.

У другій, третій і четвертій групах після відновлення дефекту кістки ДАМ, ДАМ + PRP і ДАМ + PRP + ГК закривали відсепарованим клаптом, який фіксувався вузловими швами з використанням атравматичної голки 7/0 (Ethicon). Після операції тварини утримувалися в стандартних умовах віварію і виводилися з експерименту на 7, 14, 20 добу та 2 місяці після операції внутрішньочеревною ін'єкцією летальної дози 0,5% розчину тіопенталу натрію.

Оцінку регенерації кісткового дефекту проводили за допомогою морфологічних досліджень [4]. Посічені тканини поміщали в 10% розчин формаліну, потім заливали в парафінові блоки і готували зрізи товщиною 5 мкм. Зрізи фарбували гематоксилін-еозином. Візуалізацію мікропрепаратів проводили на світловому мікроскопі (Олімпус, Японія).

Результати та їх обговорення. В групі з природньою регенерацією кісткової тканини на 7-й день було виявлено, що отвір частково заповнено елементами крові, на деяких ділянках в дефекті кістки були присутні елементи сполучної і грануляційної тканини. На 14-й день на тлі грануляційної тканини зазначалась наявність острівців хрящової тканини. Також можна відзначити наявність в дефекті ділянок молоді кісткової тканини. На 20-й день кістковий дефект практично повністю був закритий молоді кістковою тканиною, в якій зазначалося хаотичне розташування кісткових балок. Через 2 місяці кістковий дефект був повністю закритий кістковою тканиною. Про наявність дефекту можна було судити по збереженому хаотичному розташуванню кісткових балок. При закритті кісткового дефекту децелюляризованою і ліофілізованою амніотичною мембраною (друга група) відзначався процес активної регенерації. Так як амніотична мембрана людини має гладку поверхню, добре

розташовується в ділянці дефекту кістки, заповнюючи його. На мікропрепаратах на 7 день дослідження можна виявити наявність частково збереженої мембрани з великою кількістю клітинних елементів крові. На 14-й день, отвір було частково закрито новоствореною кістковою тканиною з наявністю кровоносних судин по межі дефекту. На 20-й день кістковий дефект був закритий новоствореною кістковою тканиною з великою кількістю кровоносних судин. Через 2 місяці зазначалося наявність сформованої кісткової тканини в області дефекту. У третій групі щурів після закриття кісткового дефекту децелюляризованою і ліофілізованою амніотичною мембраною з PRP вже через тиждень з'являлась наявність великої кількості ділянок новосформованої кістки, але при цьому можна було виявити і велику кількість запальних клітинних елементів. На 14-й день дефект кістки був закритий молодого кістковою тканиною з великою кількістю повнокровних кровоносних судин по краю дефекту. Клітинні елементи, що вказують на наявність запалення, були відсутні. На 20-й день отвір в кістки було повністю закрито кістковою тканиною з хаотично розташованими кістковими балками. Через 2 місяці, як і в інших двох групах, під час гістологічного дослідження відзначалася сформована кісткова тканина. У четвертій групі тварин після закриття кісткового дефекту децелюляризованою і ліофілізованою амніотичною мембраною з гелем PRP та гіалуроновою кислотою вже через 7 днів зазначалась наявність великої кількості ділянок «молодої» кістки, але при цьому також були присутні запальні елементи. На 14-й день дефект в кістці був закритий відновленою кістковою тканиною з великою кількістю кровоносних судин. На 20-й день отвір кістки було повністю відновлено кістковою тканиною зі сформованими судинами. Через 2 місяці під час морфологічного дослідження у препаратах була наявна сформована кісткова тканина.

Висновки. Таким чином, за результатами гістологічних досліджень доведено, що регенерація кісткового дефекту через 2 місяці сталася у всіх трьох групах. Але на 14-й день в першій групі, на відміну від другої і третьої груп, практично не відзначається судин. У третій групі на відміну від другої на 7-й

день відзначається наявність запальних елементів, але при цьому вже виявляються ділянки новосформованої кістки, що вказує на активну регенерацію кісткової тканини.

**Розвиток здібностей здобувачів освіти, як один із факторів процесу навчання**

**Крикляс К.В. , Крикляс В. Г. , Дмитрієва Н.Б.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

В вищі Медичні заклади поступають різні абітурієнти. У одних є здібності для заняття у подальшому вибраним фахом, у інших цих здібностей може і не бути. Але з тих, у яких ці здібності є у процесі навчання за роки проведенні у ВУЗі не можуть розкрити всі здібності і знайти себе у подальшій роботі лікарем.

**Метою** цієї роботи є пропозиції як ми, як викладачі , можемо допомогти нашим студентам розкрити свої здібності і стати у майбутньому справжніми лікарями – фахівцями .

По перше треба з`ясувати, що таке здібності. Здібності – це індивідуально-психологічні особливості кожної особи, які забезпечують успіх у діяльності, спілкуванні, легких їх оволодінням. Здібності можемо підрозділити на:

1. Природні: в своїй основі вони біологічно обумовлені і пов`язані з вродженими задатками, які формуються на їх базі за наявності елементарного життєвого досвіду через механізми навчання – по типу умовно-рефлекторних зв`язків.
2. Специфічні людські: вони мають суспільно-історичне походження і забезпечують життя і розвиток особи у соціальному середовищу.

Другі у свою чергу можна підрозділити на:

1. Загальні: вони забезпечують успіхи людини у самих різних видах діяльності і спілкування. (розумові здібності, розвиток пам`яті та мови, точність та тонкість рухів та ін.). Спеціальні: вони пов`язані з

успіхами особи в окремих видах діяльності та спілкування, де необхідні особого рода задатки – медичні (єстествознавчі), математичні, технічні, літературно-лінгвістичні, художні, спортивні та ін.)

2. Теоретичні: обумовлюють схильність людини до абстрактно-логічного мислення, та практичні, які лежать в основі конкретно-практичних дій людини. Поєднання їх властиво тільки різноманітно обдарованим людям.
3. Навчальні: впливають на успіх педагогічного навчання, засвоєння людиною знань, умінь, навичок, формування якісної сторони кожної особи.
4. Творчі: пов'язані з створенням творів матеріальної та духовної культури, нових ідей, відкриттів, винаходів. Вища ступінь творчів проявлень особистості є геніальність, а вища ступінь здібності особистості в певній діяльності (спілкуванні) талантом.
5. Здібності до спілкування, взаємодії з людьми та предметно-діяльні здібності: пов'язані зі взаємодією людини з природою, технікою, художніми образами та ін.

Людина, яка розположена до багатьох різних видів діяльності та спілкування є власником загальної обдарованості, тобто єдністю загальних здібностей, обумовлюючих діапазон його інтелектуальних можливостей, рівень і своєрідність діяльності і спілкування.

Таким чином це індивідуально-психологічні особливості людини, які проявляються в його діяльності і є умовою успішності її виконання. Від них залежить індивідуальність, глибина, легкість та прочність процесу оволодіння знаннями, уміннями та навичками. Але самі здібності не є знаннями та вміннями і навичками.

Глибокий аналіз у вивченні здібностей виявив, що є задатки, а є здібності. Задатки – це генетично детерміновані анатомо-фізіологічні особливості нервової

системи, які складають індивідуально-природну основу формування і розвитку здібностей.

Здібності – не статичні, а динамічні утворення, їх формування і розвиток проходять в процесі певним чином організованої діяльності та спілкування. Розвиток здібностей відбувається поетапно.

Задатки многозначні. Вони є тільки передумовою для розвитку здібностей. Задатки самі по собі ні на що не націлені. Вони впливають, але не рішучим чином на формування здібностей, вони обумовлюють різні шляхи їх формування. Здібності можуть розвинути у процесі діяльності та виховання. Задатки тільки впливають на рівень досягнень та швидкість розвитку.

У кожній здібності є своя структура, в якій виділяють ведучі та додаткові якості. Наприклад ведучими якостями літературних здібностей є особливості творчої уяви та мислення, яскраві наочні образи пам'яті. У медицині це спостережливість, вміння спілкуватися з людьми, вміння узагальнювати, гнучкість процесів мислення, яскраві наочні образи пам'яті. Для педагогічних здібностей ведучими є педагогічний такт, спостережливість, любов до студентів (учнів), потреба до передачі їм знань.

Виділяють такі рівні здібностей: репродуктивний, який забезпечує високе вміння засвоювати готові знання, та творчий, який содіє створенню нового, оригінального. Але треба розуміти, що репродуктивний рівень містить елементи творчого і навпаки.

Компоненти педагогічних здібностей конструктивні, організаторські, комунікативні. Перші проявляються в бажанні і вмінні розвивати особливість здобувача освіти, вибирати і композиційно будувати навчальний матеріал застосовуючись до індивідуальних особливостей кожного студента. Організаторські – це вміння залучати здобувачів освіти в різні види діяльності і вміло впливати на них. Комунікативні пов'язані з вмінням встановлювати взаємовідносини зі студентами, відчувати настрій всього колектива, розуміти кожного з них.

При вирішенні задач професіональної орієнтації доцільно на сам перед визначити схильність здобувача освіти. Педагог не тільки передає здобувачу освіти знання, вміння, але і формує, розвиває його здібності, допомагає йому орієнтуватися у тому фаху, який він обрав.

Розвиток загальних здібностей людини передумовлює розвиток його пізнавальних процесів, пам'яті, сприйняття, мислення, уяви. Важливим моментом є комплексність – одномоментне удосконалення декількох взаємодоповнюючих одна одну здібностей.

Виходячи із цих положень, які викладені вище, кожен здобувач освіти, який навчається на стоматологічному факультеті в медичному університеті з перших же днів навчання був мотивован у отриманні певних знань і вмінь. Ті знання і вміння йому знадобляться у його майбутній роботі за вибраним фахом.

Приходячи на перший курс студенти медичних ВНЗ стикаються з вивченням так званих теоретичних дисциплін, які є основою медицини. Це такі важливі дисципліни, як анатомія, гістологія, біологія, патологічна анатомія, фізіологія, патологічна фізіологія, мікробіологія, хімія, біологічна хімія і багато інших предметів. Багато студентів стоматологічного факультету не розуміють для чого їм, майбутнім стоматологам ці предмети. Вони не можуть знайти зв'язок між цими предметами і майбутньою діяльністю. Тому на наш погляд на цих дисциплінах треба більше часу виділяти на вивчення не тільки загальних основ, але на те, що пов'язує ці предмети зі стоматологією. На анатомії це може бути більш ретельне вивчення кісток лицьового черепа, інервацію, судини, м'язи лиця, будова і функція скронево-нижньощелепного суглоба, верхньої та нижньої щелепи, зубів. На біології розвиток кісток лицьового черепа, зубів. На гістології більше уваги приділяти вивченню будови слизової оболонки порожнини рота. На біохімії приділить увагу тим біохімічним процесам, які існують у порожнині рота, біохімічними. На мікробіології звертати увагу на ті мікроорганізми, які існують у порожнині рота здорової людини, і мікроорганізми, які є збудниками різних патологічних станів, які виникають у порожнині рота наших пацієнтів.



На фармакології розглядати більш ретельно ті фармпрепарати, які застосовуються у стоматології.

Питання згортання крові і формування потоку крові, на наш погляд треба розбирати з того ж зору утворення і формування його після видалення зуба. Такий приклад буде краще запам'ятовуватись здобувачами освіти з стоматології з наглядом на їх подальшу роботу за фахом.

Переходячи до інших не стоматологічних кафедр здобувачі освіти з стоматології повинні отримувати більш інформації і на практиці відпрацьовувати питання асептики - антисептики, сучасні методи обробки інструментарію, шкіри, поверхонь. Треба більше уваги приділяти питанням клініки і надання невідкладної допомоги при різних станах, які існують і можуть зустрітись в практичній роботі лікаря-стоматолога. Що стосовно стоматологічних дисциплін, які вивчають здобувачі освіти стоматологи у нашому Університеті Ми намагаємось дати нашим здобувачам освіти велику кількість теоретичних знань. Це потрібно і дуже важливо. Але студенти не розуміють, як ці теоретичні знання, які вони отримують впродовж свого навчання можуть бути реалізовані у вміннях і навичках практичної роботи за фахом. Крім того, проводячи заняття з певної теми, ми часто не можемо підкріпити ті теоретичні знання ,які ми даємо студентам за цією темою, ніякими практичними прикладами. В якості прикладів може бути застосування історії хвороби, амбулаторна картка стоматологічного пацієнта. По перше студент буде бачити з чим йому прийдеться стикатись повсякчасно у роботі, він звикає до цих історій хвороби і амбулаторних карт. По друге, в підтримку тих теоретичних знань ми покажемо , як насправді ми збираємо скарги пацієнта, анамнез життя, захворювання, які методи застосовуємо, які додаткові методи обстеження ми можемо застосовувати в тому чи іншому клінічному випадку. Ми продемонструємо нерозривний зв'язок між теоретичними знаннями і практичними навичками та вміннями застосовувати теорію в практиці нашої повсякденної роботи.

Але щоб у нас було повне спів падіння з нашою практичною, треба, щоб весь той матеріал співпадав з протоколами протоколами надання стоматологічної допомоги. Тобто, студенти з самого початку будуть правильно орієнтованими і звикати діяти за цими протоколами. Це дуже важливо, тому що в ОСКі питання ставляться теж за цими протоколами, не кажучи за те, що у практичній діяльності вони будуть займати головне місце.

**Висновок:** Ми виклали деякі моменти з приводу оптимізації навчального процесу шляхом нашого впливу, як викладача, на розвиток здібностей у здобувачі освіти з стоматології для кращого засвоєння матеріалу і мотивації їх до навчання. З одного боку ми самі розвиваємо свої здібності, як викладачів, з другого боку ми намагаємось розвивати здібності студентів.

### **Особливості навчання студентів стоматологів-ортопедів у воєнний час**

**Рожко П.Д., Чередниченко А.В., Лисенко В.В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

У Стандарті вищої освіти спеціальності 221 «Стоматологія», затвердженому та введеному в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 24.06.2019 р., зазначається, що кінцевою метою навчання є такий фахівець, який «здатний розв'язувати складні задачі та проблеми у сфері стоматології й охорони здоров'я, що характеризуються невизначеністю умов та вимог, і виконувати професійну діяльність лікаря-стоматолога» [1]. Підготовка лікарів-стоматологів у Одеському національному медичному університеті завжди відповідала вимогам часу, а з введенням у країні військового стану теж зазнала певних змін. Перед викладачами постало багато нагальних проблем: від розробки алгоритмів, в яких йдеться про безпеку здобувачів та персоналу кафедр, до внесення змін, які продиктувала війна у правці робочих програм навчальних курсів.

Однією з перших постала проблема забезпечення адаптації всього освітнього процесу до реалій війни. Цьому сприяла низка заходів: перехід на асинхронне навчання, облаштування безпечного укриття, розробка алгоритму дій під час повітряної тривоги. Змінилася й сама мета педагогічного процесу – підготовка висококваліфікованих лікарів-стоматологів до дій в екстремальних ситуаціях війни з урахуванням їх психологічних проблем, які загострилися під час введення військового стану в країні.

За останні 50 років відмічається чітка тенденція до збільшення частки щелепно-лицевих поранень в загальній структурі санітарних втрат. В останніх військових операціях, що проводили сили НАТО на території Іраку та Афганістану, бойові поранення в ЩЛД становили близько 21 % в загальній структурі санітарних втрат військ коаліції. Значною (близько 6 %) є частка поранень ЩЛД в загальній структурі санітарних втрат українських військових в зоні проведення АТО [2].

Отже, значна кількість бійців із травматичними пошкодженнями ЩЛД, із посттравматичними дефектами та деформаціями обличчя, що є результатом неадекватної та несвоєчасної медичної допомоги на полі бою, будуть вимагати втручання стоматологів-хірургів, а потім і стоматологів-ортопедів. Тому лікар-стоматолог повинен володіти повним арсеналом знань, умінь та практичних навичок надання допомоги саме при таких пораненнях, володіти алгоритмом дій безпосередньо на полі бою, в госпіталях та реабілітаційних центрах. Все це вимагає запровадження нових технологій та інформаційних систем, які будуть сприяти накопиченню теоретичних та клінічних знань, умінь, навичок для роботи на високотехнологічному рівні.

В комплексі медичної реабілітації військовослужбовців з наслідками бойових ушкоджень ЩЛД застосовують різні лікувальні методи для відновлення втраченої функції та соціальної адаптації поранених. Для усунення посттравматичних дефектів м'яких тканин ЩЛД проводять різноманітні пластичні оперативні втручання. З метою заміщення значних кісткових дефектів використовують аутотрансплантанти та титанові мікропластини. При

відновленні жувальної ефективності у військовослужбовців з постопераційними дефектами зубних рядів використовують ортопедичні конструкції з опорою на дентальні імплантанти[3].

Узагальнення історичного досвіду та необхідності формування готовності майбутніх стоматологів до дій у ситуації війни спонукало до внесення змін в робочу програму курсу «Ортопедична стоматологія». Особливо вони торкнулися розділу «Щелепно-лицева ортопедія», зокрема питань, пов'язаних із травматичними пошкодженнями ЩЛД у результаті бойових травм, особливостей їх клінічного перебігу, основ діагностики, лікувальних маніпуляцій, методів та засобів надання ургентної допомоги при невідкладних станах, що застосовуються в практиці лікаря-стоматолога безпосередньо в зоні конфлікту та використання ортопедичних методів лікування щелепно-лицьової ділянки.

Ефективність допомоги пораненим у щелепно-лицевій ділянці залежить від постановки правильного діагнозу та вибору адекватного методу лікування. Тому дії науково-педагогічного складу кафедри насамперед спрямовуються на формування у здобувачів навичок збору анамнезу, про ведення диференційної діагностики стану ЩЛД із різним клінічним перебігом та ускладненнями. Це складний процес, який потребує врахування багатьох факторів та знань, які часом виходять за рамки навчальної програми та потребують навичок практичної роботи. Тому саме практичній підготовці стала приділятися підсилена увага. Саме практичні заняття дають змогу розвивати аналітичне мислення майбутніх лікарів-стоматологів, вчать знаходити вихід у будь-якій ситуації, застосовувати нові методики та схеми лікування, прогнозувати ускладнення, формують бажання до нести результати своєї практичної роботи широкій аудиторії, співпрацювати, а не ставати конкурентами – все це формує лікаря як особистість.

Значна увага приділяється формуванню у здобувачів навичок збору анамнезу, проведення обстеження та диференційної діагностики захворювань ЩЛД із різноманітним клінічним перебігом та їх ускладненнями. На практиці вивчаються сучасні підходи до діагностики, принципів ортопедичного лікування

та профілактики на засадах даних доказової медицини, а також невідкладні стани в практиці ортопедичної стоматології. Здобувачі беруть активну участь у діагностично-лікувальному процесі амбулаторних пацієнтів під керівництвом асистентів та доцентів кафедри. Також передбачено ознайомлення з лікувально-профілактичними заходами, які найчастіше застосовуються в ортопедичній стоматологічній практиці. Під час аналізу конкретного клінічного випадку, пов'язаного з пораненням, увага здобувачів акцентується на розкритті специфіки процесу: діагностики, визначення адекватного (консервативного, ортопедичного) методу лікування, технології виготовлення ортопедичних конструкцій розбираються та дискутуються помилки та причини можливих ускладнень під час та після протезування.

Враховуючи те, що гуманність медичної праці беззаперечна, особливої гостроти нині набула проблема психологічної та деонтологічної підготовки здобувачів стоматологічного факультету. Успішність лікування багато в чому обумовлена якістю взаємодії пацієнта та лікаря, яка будується на взаєморозумінні, навичках лікаря комунікувати з пацієнтом. Війна завжди пов'язана зі зміною емоційного стану тисяч людей. Стрес, підвищений рівень тривожності, фрустрації, страх, депресії у поєднанні з фізичним болем іноді роблять пацієнта неадекватним, його реакції можуть бути непередбаченими. Тому це вимагає не тільки загальну культуру медичного обслуговування, а й необхідність оцінити та полегшити психофізичний стан людини, яка отримала психологічну і фізичну травму війни.

На кафедрі ортопедичної стоматології Одеського національного медичного університету йде інтенсивне доопрацювання змісту та форм підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 221 «Стоматологія» з урахуванням реалій військового часу. Ефективне формування універсальних компетенцій є вимогою сьогодення та в подальшому буде слугувати розвитку вітчизняної військово-медичної освіти.

## **Вплив ортодонтичного лікування на стан порожнини рота**

**Суслова О.В., Кордонець О.Л., Желізняк Н.А.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

За даними експертів ВОЗ біля 80 % дітей з постійним прикусом мають патологію тканин пародонту. Профілактика базується на виявленні чисельних етіологічних чинників. Зубощелепні аномалії є фактором ризику для виникнення захворювань тканин пародонту [1-4]. Для ортодонтичного лікування дітей в період постійного прикусу найчастіше використовується лікування за допомогою брекет-системи. З літературних джерел відомо, що ортодонтичні апарати можуть погіршувати гігієнічний стан ротової порожнини, знижувати неспецифічну резистентність і функціональні реакції організму, сприяти запальним процесам у тканинах пародонту [1-5]. Отримані результати дозволять аналізувати і контролювати можливі ускладнення, що буде позитивно впливатиме на ефективність ортодонтичного лікування дітей з постійним прикусом.

**Метою** проведеного дослідження було визначення впливу брекет-системи на стан тверди тканин зубів, пародонт та гігієнічний стан порожнини рота у динаміці ортодонтичного лікування дітей.

**Матеріали та методи дослідження.** Впродовж 2020-2022 років на кафедрі ортодонтії ОНМедУ було проведено обстеження 39 пацієнтів у віці 12-15 років в процесі ортодонтичного лікування за допомогою брекет-системами. Були отримані вихідні данні за 1 місяць до фіксації брекет-системи; перед фіксацією ортодонтичного апарата, через 1,3 та 6 місяців після фіксації брекет-системи та після зняття ортодонтичного апарату.

Стан гігієни порожнини рота визначали за індексом Грін-Вермільйона; стан пародонту - за індексами Шилера-Писарєва, кровоточивості, РМА; інтенсивність карієсу зубів – за індексами КПВз і КПВп.

**Результати дослідження.** У всіх дітей, після проведення професійної гігієни, спостерігалось поліпшення гігієнічного стану ротової порожнини перед фіксацією брекет-системи: з  $1,87 \pm 0,12$  балів до  $0,65 \pm 0,1$  балів ( $p < 0,001$ ).

Через 1 місяць після початку ортодонтичного лікування стан гігієни погіршився. Так, індекс підвищився на 0,53 бала в порівнянні з вихідними даними і на 1,42 бала в порівнянні з даними перед фіксацією брекет-системи.

Через 3 місяці після початку ортодонтичного лікування у школярів відзначалось погіршення гігієнічного стану порожнини рота у порівнянні з вихідними даними: індекс Гріна-Вермільйона зріс з  $1,80 \pm 0,12$  балів до  $1,97 \pm 0,16$  балів ( $p < 0,01$ ).

Через 6 місяців після початку лікування і після зняття брекет-системи спостерігалось поліпшення і стабілізація показників гігієни порожнини рота:  $1,17 \pm 0,12$  балів і  $1,08 \pm 0,1$  балів відповідно.

У всіх дітей після санації і професійної гігієни порожнини рота індекс РМА зменшився на 3,1 %.

Проведене обстеження через 1 місяць після фіксації брекет-системи показало збільшення індексу РМА на 10,3 %, через 3 місяці - ще на 11,9 %. Через 6 місяців лікування індекс РМА зменшився на 2,8 % у порівнянні з попереднім показником. Після зняття апарату у дітей значення РМА склало 7,6 %, що свідчить про зменшення на 4,3 % у порівнянні з вихідним показником.

Зміни показників проби Шилера-Писарева, на всіх етапах дослідження, були незначними: з  $1,10 \pm 0,14$  балів до лікування до  $1,18 \pm 0,12$  балів після лікування.

Симптом кровоточивості визначався у всіх дітей до початку лікування. і коливався від  $0,16 \pm 0,2$  балів до  $0,18 \pm 0,01$  балів на всіх етапах досліджень. На момент зняття брекет-системи склав  $0,13 \pm 0,05$  балів. Найвищий показник визначено через 3 місяці після фіксації апарату -  $0,18 \pm 0,01$  балів.

Стан твердих тканин зубів дітей оцінювали на початку дослідження і після зняття брекет-системи. За час ортодонтичного індекс КПВз і КПВп збільшився незначно (табл.1).

Таблиця 1

Стан твердих тканин зубів у процесі ортодонтичного лікування дітей 12-15 років (КПУз і КПУп)

Терміни дослідження	Індекси	Показники
Вихідний стан	КПВз	2,93±0,22
	КПВп	3,35±0,26
Після зняття ортодонтичного апарату	КПВз	3,01±0,24, P> 0,05
	КПВп	3,41±0,27, P> 0,05

Примітка: P - достовірність відмінностей до вихідного показателю.

Таким чином, фіксація незнімної ортодонтичної апаратури на початковому етапі ортодонтичного лікування супроводжується погіршенням гігієни ротової порожнини та запальними процесами у тканинах пародонту. Це потребує комплексного підходу до кожного пацієнта в процесі ортодонтичного лікування, пошуку засобів підвищення резистентності тканин пародонту дітей.

## **Шляхи розвитку медичного освітнього процесу в умовах сучасності**

**Янішен І.В., Кричка Н.В.**

*Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

Глобальні процеси, які останнім часом відбуваються в сучасному світі, стають каталізатором трансформації традиційної системи освіти. Діяльність багатьох закладів вищої освіти (ЗВО) реорганізується згідно з розвитком та використанням інформаційних технологій у поширенні знань, що є одним із головних завдань покращення якості освіти у XXI столітті, в результаті чого відбувається формування єдиного освітнього простору та світового ринку освітніх послуг.

Сучасні інформаційні технології дозволяють створювати єдиний освітній простір, активно впроваджувати найсучасніші засоби та методи навчання,



поєднувати традиційне навчання та навчання з використанням комп'ютерних технологій, створювати системи гібридної освіти [2,4,6].

На сьогоднішній день складовою частиною клінічної підготовки та методом трансформації медичної освіти стали сучасні технології в навчанні студентів [1,3,5]. Освіта на сучасному етапі розвитку суспільства повинна дати можливість здобувачеві освіти досягати максимального успіху в суспільстві, а також відповідати вимогам конкурентоспроможності [8,10]. Враховуючи даний факт випускники стоматологічного факультету мають на високому рівні володіти достатньо різноманітним обсягом практичних навичок і умінь, мати мотивацію до постійного самовдосконалення та розвитку клінічного мислення. В процесі навчання майбутніх лікарів-стоматологів використання фантомного та симуляційного обладнання дає змогу, згідно з сучасними вимогами освіти, отримати практичний досвід майбутньої професійної діяльності.

Інноваційні методи навчання дають змогу посилити напрямок практичної підготовки студентів вищих медичних закладів освіти в поєднанні з новітніми досягненнями науки та техніки [7,9]. В процесі підготовки здобувачів медичних закладів освіти застосування різноманітних девайсів в свою чергу лають змогу отримати навички лікувальних маніпуляцій. Отже, дана методика підготовки майбутніх лікарів-стоматологів спрямована не тільки на набуття окремих професійних навичок, але ще й на співпрацю у колективі, засвоєнню норм медичної етики та деонтології.

На нашу думку у процесі викладання начальної дисципліни «Ортопедична стоматологія» робота викладачів зі студентами у фантомному класі є пріоритетною. Зразу ж після теоретичної підготовки студенти стоматологічного факультету 2,3,4,5 курсів переходять до засвоєння практичних навичок на фантомах з метою відпрацювання ортопедичних маніпуляцій.

Нашим завданням було сформувати у студентів стоматологічного факультету знання, вміння та навички, які необхідні для майбутніх лікарів-стоматологів, сприяти засвоєнню теоретичних засад процесу виготовлення різних ортопедичних конструкцій, а також зрозуміти складний теоретичний

матеріал навчальних підручників та посібників. Необхідність використання мультимедійних презентацій з ортопедичної стоматології зумовлена:

- підвищенням наочності матеріалу та полегшення його сприйняття завдяки чіткому поданню навчальної інформації;
- можливістю продемонструвати детально клінічні і лабораторні етапи виготовлення ортопедичних конструкцій;
- можливістю продемонструвати розробку та впровадження сучасних ортопедичних конструкцій;
- розширенням та поглиблення змісту навчання з дисципліни, що вивчається.

**Висновки.** Підвищення успішності використання майбутніми професіоналами теоретичних знань та практичних вмінь при вирішенні завдань їхньої практичної діяльності є головним напрямком інноваційної освіти. Процес навчання у фантомному класі дає змогу не тільки реалізувати можливість засвоєння студентами маніпуляцій та навичок, але й здійснювати педагогічний пошук нових технологій викладання.

Отже, проблеми, які постали перед вузом, пов'язані з використанням сучасних інформаційних технологій вимагають вирішення цілого комплексу завдань. Використання сучасних інформаційних технологій у практиці університетської освіти у свою чергу сприятиме підвищенню якості підготовки фахівців та підвищенню інформаційної культури викладачів вищої школи.

## **Оцінка структурно-функціонального стану кісткової тканини дітей шкільного віку хворих на епілепсію**

**Деньга О.В., Коновалов М.Ф., Новікова Ж.О.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Епілепсія - хронічне захворювання, яке часто діагностується у дітей, впливаючи на їх фізичне та психічне здоров'я [1]. Особливо вразливою є

кісткова система: епілепсія може знижувати масу та щільність кісток, що призводить до остеопорозу і підвищення ризику травм [2]. Різні дослідження підтверджують ці впливи [3, 4]. Наше дослідження наголошує на значенні вивчення стану кісткової тканини у дітей з епілепсією для розробки ефективних методів профілактики та лікування, а також врахування цих впливів у стоматологічній практиці.

**Метою** даного дослідження було вивчення структурно-функціонального стану кісткової тканини дітей раннього шкільного віку хворих на епілепсію, що мешкають в Одесі та Одеській області.

**Матеріал та методи.** дослідженні брали участь 44 дитини віком 7-9 років, які мали епілепсію (основна група), а також 90 дітей того ж віку без соматичної патології (група порівняння). Дослідження функціонального стану кісткової тканини проводилися за допомогою ультразвукового денситометра «Sonost 2000» (Південна Корея) на п'ятковій кістці [5]. У роботі використовувалися такі основні показники денситометрії: швидкість поширення ультразвукової хвилі (SOS), декремент широкосмугового затухання (BUA) та індекс якості кістки (BQI).

Денситометричні виміри проведено у відділі епідеміології та профілактики основних стоматологічних захворювань, дитячої стоматології та ортодонтії ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицьової хірургії Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІСЦЛХ НАМН»).

При статистичній обробці отриманих результатів використовувалася комп'ютерна програма STATISTICA 6.1. для оцінки їхньої достовірності та похибок вимірювань. Статистично значущу відмінність між альтернативними кількісними ознаками з розподілом, відповідним нормальному закону, оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента. Різницю вважали статистично значущою при  $p < 0,01$  [6].

**Результати та їх обговорення.** Результати проведеного дослідження основних денситометричних показників якості кістки дітей віком 7-9 років з

епілепсією (основна група) та без соматичної патології (контрольна група) наведені в таблиці 1.

Таблиця 1 - Денситометричні показники дітей раннього шкільного віку з епілепсією,  $M \pm m$

Показник Група	SOS, м/с	BUA, дБ/МГц	BQI, ум. од.
Основна група (n=44)	1512,65±4,32 p<0,001 p1<0,001	15,03±1,10 p<0,001 p1<0,001	57,12±1,22 p<0,001 p1<0,001
Група порівняння (n=90)	1532,53±5,25 p>0,1	22,30±3,21 p>0,1	68,34±2,55 p>0,1
Ср. статистична норма	1539,24±6,21	24,25±2,89	71,28±8,12

Примітка: p – вірогідність відмінностей від показників середньостатистичної норми; p1 – вірогідність відмінностей від групи порівняння.

За результатами дослідження було виявлено статистично значущу різницю між денситометричними показниками основної групи та середньостатистичної норми ( $p < 0,001$  для SOS, BUA та BQI), а також між основною групою та групою порівняння ( $p < 0,001$  для SOS, BUA та BQI).

За результатами порівняння групи дітей без соматичної патології з середньостатистичною нормою не виявлено статистично значущих різниць ( $p > 0,1$  для всіх трьох денситометричних показників). Це може свідчити про нормальний стан кісткової тканини у дітей даної групи.

Згідно з таблицею 1, показники SOS, BUA та BQI в дітей з основної групи відрізнялися від середньостатистичної норми. Конкретні значення швидкості поширення ультразвукової хвилі SOS у дітей з основної групи були значно

менші, ніж значення для середньостатистичної норми (1512,65 м/с проти 1539,24 м/с), що свідчить про вагомий вплив захворювання на загальну мінералізацію кісткових тканин наших пацієнтів.

Аналогічно, показники декременту широкосмугового затухання ВUA та індексу якості кістки BQI були значно менші у дітей з основної групи в порівнянні зі середньостатистичною нормою (в 1,61 та 1,24 рази відповідно). Це свідчить про значні зміни в структурі кісткових тканин, пов'язаних з остеопенією та остеопорозом у дітей з епілепсією, а також про порушення якісних властивостей кістки у дітей основної групи.

Отже, на підставі результатів порівняння денситометричних показників дітей з епілепсією та середньостатистичної норми можна зробити висновок про наявність значних порушень якісних властивостей кістки у дітей з епілепсією. Ці порушення можуть бути пов'язані з різними факторами, такими як прийом протиепілептичних препаратів, специфічний спосіб життя з обмеженням фізичних можливостей та інші фактори ризику. Для підтвердження цих висновків можуть знадобитися додаткові дослідження з більшою кількістю учасників та детальнішим аналізом можливих факторів ризику для порушення якості кістки.

**Висновки.** Оцінка денситометричних показників кісткової тканини є важливим діагностичним інструментом для виявлення порушень її якості, зокрема у дітей з епілепсією. Отримані результати свідчать про те, що у цієї категорії дітей присутні значні порушення мінералізації кістки та зниження її щільності, що може призвести до збільшення ризику виникнення переломів та інших захворювань скелету.

Врахування отриманих денситометричних даних є важливим етапом у розробці лікувально-профілактичних заходів для дітей з епілепсією. Відповідно до результатів дослідження, можуть бути розроблені індивідуальні підходи до профілактики та лікування порушень кісткової тканини у кожного пацієнта залежно від ступеня їх вираженості та інших факторів ризику.

Отримані результати дослідження підкреслюють необхідність комплексного підходу до лікування дітей з епілепсією, який повинен включати не тільки контроль над судомою, але і увагу до інших аспектів здоров'я, зокрема до забезпечення оптимальної мінералізації та щільності кісткової тканини, зокрема кісток верхньої та нижньої щелеп, а також зубів.

**Показники статичних та динамічних оклюзійних вимірів т-скан у  
ортодонтичних пацієнтів  
Коваль С.М., Коваль С.С.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Незважаючи на те, що морфологічні показники оклюзії були описані в літературі [1;2;4;6], інтерпретація співвідношення зубів за першим класом Енгля є різною та коливається [3;4;5;12]. Досліджувані показники найчастіше включають сагітальне та вертикальне перекриття різців, наявність та кількість оклюзійних контактів у центральній оклюзії, виміряних та порохованих за допомогою артикуляційного паперу, силіконових або воскових шаблонів, чи артикуляційного шовку [7;8;9]. Навіть динамічні показники, вимірювані у артикуляторах, включають ті самі методи фіксації оклюзії, що і внутрішньоротові вимірювання.

**Метою** даної роботи було дослідження статичних та динамічних показників оклюзії за допомогою цифрового аналізу Т-скан [7;10;11] у пацієнтів з різними класами співвідношення молярів за Енглем.

**Матеріали та методи.** Сорок дев'ять ортодонтичних пацієнтів, які знаходились на стадії збору даних та вимірювань перед початком лікування, були поділені на три групи згідно класифікації молярів за Енглем. У кожного пацієнта були зафіксовані наступні показники за допомогою цифрового аналізу прикусу Т-скан: наявність та положення першого контакту, частота знаходження першого контакту на передніх зубах, премолярах та молярах, співвідношення

показників сили оклюзії лівої та правої сторін у відсотках, співвідношення сил переднього та заднього регіонів зубних дуг, час оклюзії (ОТ), та час дизоклюзії (ДТ).

**Результати та обговорення.** Перші контакти найчастіше знаходились на перших та других молярах, та іклах правої сторони. співвідношення сил правої та лівої сторін у відсотках знаходилось у середньому в межах  $56.26 \pm 6.51\%$  для всіх пацієнтів. У пацієнтів з класом II за Енглем була виявлена статистично вагома різниця у співвідношенні між переднім та задніми регіонами зубної дуги та становила 18.7%. Час оклюзії був найдовшим у пацієнтів з класом III за Енглем ( $0.295 \pm 0.309$  секунд). Час дизоклюзії зліва був найдовшим у пацієнтів з класом I ( $1.07 \pm 0.64$  секунди). Час дизоклюзії зправа був найдовшим у пацієнтів з класом III ( $1.307 \pm 1.302$  секунди).

**Висновки.** Різні класи співвідношення за Енглем мали неідеальні оклюзійні функціональні характеристики (клас I включно), що вказує на те, що візуальна оцінка так званої «ідеальної оклюзії» не є базисом для формування ідеальної функції. Цифровий аналіз прикусу Т-скан є цінним допоміжним заходом діагностики багатьох параметрів функціональної оклюзії.

### **Впровадження експертної системи з діагностики пульпіту в освітній процес**

**Гаджула Н. Г., Шінкарук-Диковицька М. М., Ковальчук Л. О.**

*Вінницький національний медичний університет, Вінниця, Україна*

**Вступ.** Експертні системи – це інтелектуальні комп'ютерні системи, які виконують функції експерта при вирішенні складних завдань у певній предметній галузі [1]. Різновидом експертних систем із використанням методів штучного інтелекту є навчальні експертні системи [2]. Вони формуються на основі знань експертів предметної області (викладачів, програмістів, методистів) і забезпечують інтелектуальну підтримку в навчанні, реалізують функції

керування навчанням, розв'язанням завдань у певній предметній області, є системами контролю та прийняття рішень завдяки аналізу даних, що надходять від декількох джерел [3].

**Ціль роботи:** сформувані у студентів-стоматологів систематизовані та ґрунтовні знання з диференційної діагностики пульпіту за допомогою розробленої та впровадженої в освітній процес стоматологічної експертної системи, а також навчити застосовувати здобуті знання, набуті вміння та навички у професійній діяльності.

**Виклад основного матеріалу.** Для покращення якості навчання та підвищення його ефективності на кафедрі терапевтичної стоматології для здобувачів 3 і 5 курсів впроваджено експертну систему з диференційної діагностики різних форм пульпіту, розроблену у співпраці з кафедрою біофізики, інформатики та медичної апаратури Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова [4]. Стоматологічна експертна система включає в себе технічний компонент (формально-логічна модель, в якій знання подано на основі правил-продукції; програмна оболонка), методичний компонент (адаптація знань, умінь і навичок здобувачів освіти до практичної частини заняття), професійно-спеціалізований компонент (базові знання зі стоматології) [5]. Інформацію в базі знань експертної системи подано у вигляді таблиці за дев'ятьма продукційними правилами з вказаними клінічними ознаками захворювання (характеристика больового синдрому, дані анамнезу, стан каріозної порожнини, результати зондування, перкусії та температурної проби, показники електрозбудливості пульпи, результати рентгенологічних досліджень, патоморфологічні зміни) і можливими варіантами вибору для кожної форми пульпіту [5]. Студенти можуть створювати продукційні правила на основі цієї таблиці та працювати з ними при формуванні власної експертної системи. Це активізує розумову діяльність студентів, допомагає швидше опанувати великий обсяг матеріалу, збільшує інтерес до навчання, розкриває творчий потенціал, дає можливість самостійно його засвоїти та “навчити” систему працювати за розробленим алгоритмом для вирішення конкретних професійних завдань.



Кінцевими результатами навчання при роботі зі стоматологічною експертною системою є обґрунтування та формулювання попереднього діагнозу, проведення диференційної діагностики пульпіту, постановка клінічного діагнозу захворювань ендодонта.

Використання запропонованої експертної навчальної системи в освітньому процесі допомагає викладачу навчати та здійснювати контроль отриманих знань і навичок, простежити успішність кожного студента в динаміці, а здобувачам освіти – знаходити нестандартні рішення складних завдань і проблем, самостійно навчатися, підвищити значимість їхньої індивідуальної роботи. Вона особливо важлива при навчанні іноземних здобувачів вищої освіти, більшість з яких у період війни займається дистанційно. Адже, освітній процес на клінічних кафедрах передбачає участь здобувачів освіти у клінічних розборах, у закріпленні ними теоретичного матеріалу під час обстеження пацієнта, здійсненні діагностичного процесу, визначенні провідних симптомів і синдромів, аналізі отриманих даних, визначенні попереднього діагнозу, проведенні диференційної діагностики, обґрунтуванні та формулюванні остаточного клінічного діагнозу, призначенні лікування та відпрацюванні практичних навиків [6]. За відсутності можливості проведення огляду стоматологічного пацієнта відповідно до діагностичного алгоритму, розроблена експертна навчальна система забезпечує вирішення діагностичних завдань, дає можливість спрогнозувати подальший перебіг захворювання, визначити тактику лікування з подальшим використанням сформованих вмій і навичок у практичній діяльності. Разом з тим, навчальна комп'ютерна програма виявляє помилки здобувача, вказує йому на них і виправляє дії студента.

**Висновки.** Впровадження стоматологічної експертної системи в освітній процес і використання її протягом 1 року покращило професійну спрямованість навчання, сприяло формуванню фахової компетентності, дозволило здобувачам вищої освіти отримати систематизовані та ґрунтовні знання із захворювань пульпи зуба, виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми, проводити

диференційну діагностику пульпіту, прогнозувати перебіг захворювання та планувати лікування.

## **Досвід лікування переломів вилицеорбітального комплексу**

**Парасочкіна В.В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Переломи вилицеорбітального комплексу є найпоширенішим видом травм після переломів нижньої щелепи та кісток носу [1]. Вони відрізняються великим різноманіттям розташування ліній перелому, що в поєднанні з терміном давності травми вимагає індивідуального підходу до лікування кожного окремого пацієнта [2].

**Мета роботи.** Спираючись на власний клінічний досвід, сформулювати рекомендації щодо діагностики та лікування переломів вилицеорбітального комплексу.

**Матеріали і методи.** Основою роботи послужило клінічне спостереження за пацієнтами з переломом вилицеорбітального комплексу, які лікувались у відділенні щелепно-лищевої хірургії одеського науково-дослідного інституту стоматології та міської клінічної лікарні №11 (загалом 63 особи).

**Результати та обговорення.** Спостереження відбувалось за 63 хворими на перелом вилицеорбітального комплексу. Переважно чоловіки віком 20-40 років. Хворі були розподілені за давністю травми на 3 групи: свіжі – до 10 діб, застарілі – 11-30 діб, неправильно зрощені – більше ніж 30 діб.[3]. Також за особливостями проходження лінії перелому : по швах вилицевої кістки із суміжними кістками, багатоосколькою, з дефектом кісткової тканини. Останні два типи переломів супроводжувались опущенням нижньої стінки орбіти. У цих випадках ми мали скарги на діплопію, порушення симетрії обличчя. При переломах вилицеорбітального комплексу порушується цілісність стінок орбіти, що призводить до крововиливу у білочну оболонку ока. Перелом стінок

максиллярної пазухи супроводжується кровотечею з носа різної інтенсивності, в залежності від ступеню руйнування. Перелічені клінічні ознаки на жаль не завжди привертають увагу лікаря, що призводить к невчасної діагностиці цього виду травми (23% за вини лікаря). В останніх 67% випадках спостерігалось невчасне звернення за допомогою самих пацієнтів.

Пальпація швов вилицевої кістки з сусідніми кістками лицевого черепа на предмет виявлення кісткових уступів допомагають у постановці діагнозу.

Слід пом'ятати, що кожен пацієнт має бути оглянутий невропатологом на предмет виявлення супутньої травми головного мозку. Серед наших пацієнтів додаткове лікування з боку невропатолога знадобилось 42% пацієнтів.

Найсучаснішим и найінформативнішим методом діагностики травм вилицеорбітального комплексу є 3D комп'ютерна томографія, яка дозволяє роздивитися усі деталі кісткових відламків и завчасно спрогнозувати усі етапи оперативного втручання.

Вибір методу фіксації кісткових фрагментів залежав від строку давності перелому и особливостей проходження лінії перелому. Загалом було використано методи кісткового шву, накісткових пластин с шурупами, зовнішньоротовий репозиційно-фіксуєчий апарат.

## **Деякі аспекти формування професійного клінічного мислення у студентів стоматологічного факультету**

**Горб-Гаврильченко І.В.**

*Дніпровський національний медичний університет, Дніпро, Україна*

**Вступ.** Максимальна відповідність практичного курсу вимогам клініки є однією з пріоритетних цілей процесу навчання, відповідно до сучасних принципів вищої медичної освіти [1]. Невід'ємною частиною навчального процесу на клінічній кафедрі є формування стійкого клінічного мислення у студентів [2].

Прихід студентів 3 курсу стоматологічного факультету на кафедру терапевтичної стоматології має створити такі можливості. Розбір кожної нозологічної форми захворювань некаріозного характеру, карієсу зубів та його ускладнень повинен бути представлений студентам не тільки з позиції правильного трактування даних об'єктивного обстеження, але, й насамперед в першу чергу, з позиції важливості сприйняття особливості патології, а отже, оцінки суб'єктивних даних.

**Основна частина.** Під час відповідей на заняттях, підсумкових заняттях, іспитах багато студенти під час опису клінічної картини захворювання повністю опускають розділи, присвячені основним методам обстеження пацієнтів: розмові з пацієнтом, що дозволяє з'ясувати скарги, зібрати анамнестичні дані. При цьому відразу подають дані об'єктивного обстеження, не надаючи значення суб'єктивним даним, але вони, найчастіше, грають, одну з головних ролей у постановці діагнозу, диференціальній діагностиці, індивідуалізації плану лікування та планування профілактичних заходів.

Однією з важливих завдань кафедри терапевтичної стоматології в роботі зі студентами молодших курсів є навчання методів обстеження пацієнтів, з упором на збір скарг та деталізації анамнезу, в той же час не нехтуючи загальноприйнятним планом клінічного обстеження, не даючи приводу студентам засумніватися у важливості цього етапу. Адже, акцент лише на обстеженні стоматологічного статусу пацієнта не може дати всієї повноти індивідуального підходу, а значить, загрожує помилками у діагностиці та лікуванні. Для формування практичних навичок та клінічного мислення у студентів молодших курсів кафедра широко використовує на заняттях сучасні мультимедійні презентації, фото з ілюстрацією різних клінічних ситуацій, рентгенологічні знімки та результати лабораторних обстежень [3]. Але робота з пацієнтами, з обов'язковим заповненням усіх пунктів амбулаторної медичної карти стоматологічного хворого є незамінним компонентом практичного заняття. Ці навички при роботі з пацієнтами згодом будуть закріплюватися та

поглиблюватися на старших курсах, що дозволить випускникам стоматологічного факультету зайняти гідне місце у системі охорони здоров'я.

**Висновок.** На клінічних кафедрах необхідно виробити вміння чітко отримати повну інформацію про хворого, ретельно обстежити, мати хороший психологічний контакт з пацієнтом; навчити чітко, повно оформляти медичну документацію - відповідно до філософської категорії єдності форми та змісту, тобто, щоб була єдність між діагнозом та змістом медичного документа. Клінічне мислення - основа лікарської діяльності, на формування якого йдуть багато років пізнання та особистої практики лікаря. Тільки якісна професійна підготовка зможе захистити майбутнього фахівця в сучасних соціально-економічних умовах.

### **Біохімічні показники ротової рідини у дітей з основними стоматологічними захворюваннями на тлі надмірної маси тіла**

**Цушко І.О., Лабунець О.В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Вагомою проблемою охорони здоров'я населення України є розробка та впровадження методів та засобів профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей [1]. Тому, вивчення тенденцій розвитку та особливостей перебігу карієсу, захворювання тканин пародонту та погіршення стану гігієни ротової порожнини у дітей, особливо на тлі поєднаної соматичної патології чи на тлі надмірної маси тіла та ожиріння є вкрай актуальним.

**Метою** даного дослідження було вивчення біохімічних показників ротової рідини діти віком 15–18 років з основними стоматологічними захворюваннями на тлі надмірної маси тіла (НМТ).

**Матеріал та методи.** У клінічних обстеженнях брало участь 88 дітей віком від 15 до 18 років. Було сформовано основну когортну групу в яку ввійшли 48 дітей, групу порівняння із 20 дітей того ж віку з основними стоматологічними

захворюваннями (ОСЗ) на тлі гармонічного фізичного розвитку (ГарФР) та групи контролю – 20 дітей, які були стоматологічно та соматично здорові.

Дослідження було рандомізованим. Розподіл пацієнтів на групи здійснювався методом простої рандомізації з елементами стратифікаційної. Верифікація діагнозу здійснювалася на основі загальноприйнятих методів діагностики та згідно протоколів діагностики. Всі діти і їх батьки були проінформовані, щодо суті клінічного дослідження і остаточно зараховувалась дитина в когортну групу тільки після підписання інформованої згоди. На цьому етапі поглиблено вивчали біохімічні показники ротової рідини (маркери запалення – активність еластази та вміст малонового діальдегіду (МДА), антиоксидантний захист – активність каталази, антиоксидантно-прооксидантний індекс (АПІ)[2, 3].

При статистичній обробці отриманих результатів використовувалася комп'ютерна програма STATISTICA 6.1. для оцінки їхньої достовірності та похибок вимірювань. Статистично значущу відмінність між альтернативними кількісними ознаками з розподілом, відповідним нормальному закону, оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента. Різницю вважали статистично значущою при  $p < 0,01$  [4].

**Результати та їх обговорення.** У таблиці 1 наведені результати дослідження рівня маркерів запалення у спостережуваних дітей.

Таблиця 1 - Маркери запалення в ротовій рідині дітей з MDD на фоні EBW,  $M \pm m$

Показники Групи	Вміст МДА ммоль/л	Активність еластази, мк-кат/л
Група контролю	0,150±0,008	0,50±0,03
Група порівняння	0,224±0,007 $p < 0,05$	0,92±0,05 $p < 0,05$
Основна група	0,356±0,020 $p < 0,05$ $p1 < 0,05$	1,47±0,05 $p < 0,001$ $p1 < 0,05$

Примітка:  $p$  – вірогідність відмінностей від показників групи контролю;  
 $p_1$  – вірогідність відмінностей від групи порівняння.

Наявність МДА призводить також до підвищення перекісного окислення ліпідів в порожнині рота, про що свідчить збільшення рівню МДА в ротовій рідині дітей з ГарФР. При поєднанні гінгівіту чи пародонтиту з НМТ вміст МДА в ротовій рідині підвищується в більшій мірі. Так, якщо у дітей групи порівняння рівень МДА збільшений в 1,49 разів, то в ротовій рідині дітей основної групи цей показник підвищений в 2,37 рази в порівнянні зі значеннями у групі контролю.

Еластазу відносять до найбільш потужних деструктивних ферментів, який виробляють лейкоцити і мікроорганізми. Активність цього маркера запалення в ротовій рідині дітей з МДА на тлі ГарФР підвищена в 1,84 рази. Наявність НМТ у дітей з МДА призводить до збільшення активності еластази в їх ротової рідини в 2,94 рази в порівнянні з показниками групи контролю.

В таблиці 2 узагальнено результати дослідження основних показників антиоксидантної системи.

Таблиця 2 - Показники активності каталази та індексу АПІ в ротовій рідині дітей з МДА на фоні НМТ,  $M \pm m$

Показники Групи	Активність каталази, мкат/л	Індекс АПІ
Група контролю	$0,274 \pm 0,010$	$1,82 \pm 0,20$
Група порівняння	$0,195 \pm 0,006$ $p < 0,05$	$0,87 \pm 0,07$ $p < 0,05$
Основна група	$0,151 \pm 0,009$ $p < 0,05$ $p_1 < 0,05$	$0,42 \pm 0,05$ $p < 0,001$ $p_1 < 0,05$

Примітка:  $p$  – вірогідність відмінностей від показників групи контролю;  
 $p_1$  – вірогідність відмінностей від групи порівняння.

На тлі інтенсифікації запальних процесів в ротовій порожнині дітей з гінгівітом знижений антиоксидантний захист, про що свідчать показники ротової рідини, а саме зменшення на 28,8% активності основного антиоксидантного ферменту каталази. У ротовій рідині дітей, основної групи активність каталази знижена на 44,9% в порівнянні з цим показником в групі контролю.

Індекс АПІ найбільш виражено вказує на порушення в системі «антиоксидантний захист – перекисні процеси». Так, у дітей групи порівняння він знижений на 52,2%, а при наявності поєднаної патології (основна група) - на 76,9%.

**Висновки.** Наші дослідження підтвердили наявність запальних реакцій, інтенсифікацію перекисного окислення л і розмноження умовно-патогенної і патогенної мікробіоти на тлі зниження неспецифічного антимікробного і антиоксидантного захисту в порожнині рота при гінгівіті.

Надмірна маса тіла істотно погіршує вже існуючі при гінгівіті порушення в порожнині рота. Найімовірніше, першопричиною патологічних змін в ротовій порожнині є дисбіоз або посилений ріст умовно-патогенних і патогенних бактерій при НМТ.

Наведені дані дозволяють вважати, що патогенні бактерії при дисбіозі в порожнині рота та/або кишечнику провокують розвиток системного запалення з активацією вільно-радикальних перекисних реакцій, тим самим посилюючи патологічні зміни в порожнині рота при ОСЗ у дітей.



**Аналіз ефективності використання методу полімеразної ланцюгової реакції для діагностики деструкції тканин пародонту у хворих на цукровий діабет та планування лікувальних заходів**

**Світлична О.М., Кленовська С.В., Саввова А.О., Сеннікова Г.М.,  
Лисенко Т.О.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Одним з поширених ускладнень у хворих на цукровий діабет є розвиток захворювань пародонту, що приводить до деструкції зубів як наслідок ендокринної патології у тандемі із різноманітними патологіями ротової порожнини, та має вплив на рівень глікемії [1,2,3]. У сукупності основного діагнозу із порушенням цілісності зубів йде посилення захворювання пародонту, що приводить до ускладнень при протезуванні зубів, виникає необхідність більш розширеної тактики лікування із використанням антибактеріальної терапії, що направлені на знищення пародонтопатогенних мікроорганізмів[4,5,6]. Для удосконалення лікувального процесу ротової порожнини враховуючи не тільки клінічні прояви, а й особистісні моменти біотичної складники ротової порожнини хворого, у сукупності таких факторів є необхідним призначення спеціальних лабораторних досліджень для більш точнішого діагностування та аспектів специфічного індивідуального лікування пацієнта, у таких випадках призначається полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР). Метод дослідження ПЛР дозволяє виявити патогенні мікроорганізми у пародонту шляхом виділення ДНК, також, що є дуже важливим для подальшого корегування лікування хворих, це виявляти резистентність антибактеріальних препаратів[5,7,8,9].

**Мета** дослідження нашої роботи є у дослідженні складу патологічної флори пародонту та її чутливості до антибіотиків у хворих на цукровий діабет, що страждають на виражені дефекти зубного ряду методом полімеразної ланцюгової реакції у реальному часі.

**Матеріали та методи дослідження.** Усього прийняли участь у дослідженні 56 людей віком від 44 до 65, досліджуваним було проведено комплексне

стоматологічне обстеження, оцінка деструкції зубного ряду була проведена за класифікацією Кеннеді [10]. Хворі були розподілені на дві групи I та II, у I групу увійшли пацієнти, що мають діагноз цукрового діабету у анамнезі – 32 людини, до II групи увійшли останні 24 людини, що не мали у анамнезі діагнозу цукрового діабету, але мали соматичне захворювання пародонту. До дослідження було включено наступні діагностичні методики, обстеження із виявленням пародонтального індексу та лабораторні обстеження складу патогенної мікрофлори пародонту та її чутливості до антибіотиків які призначені для анаеробів слизової оболонки рота, за методом полімеразної ланцюгової реакції, що є молекулярно-генетичним методом обстеження із наступною ДНК-гібридизацією із праймерами пародонтопатогенів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За клінічними обстеженнями було виявлено, що пацієнти із цукровим діабетом мають більш виражений ступінь захворюваності пародонту ніж пацієнти із захворюванням без діагнозу цукрового діабету у анамнезі, у II групі виявлялися більша кількість хворих із легкою ступеню захворюваності пародонту, що мають деструкцію зубного ряду, тоді як у I групі були інші результати дослідження, хворі із цукровим діабетом у основі мали середній ступінь тяжкості із частковою деструкцією зубного ряду, та 4,4% із котрих мали тяжку ступінь захворюваності пародонту. Надалі було виявлено пародонтальний індекс у обох групах хворих, спостерігалось у ході дослідження більш деструктивний вплив у хворих із цукровим діабетом у декілька разів більше ніж у II групі. В залежності від ступеня тяжкості захворювання пародонту виявлявся пародонтальний індекс значно більшою ступеню враженості у I групі хворих із цукровим діабетом. Наступним кроком нашої роботи було дослідження пародонтопатогенів за допомогою полімеразної ланцюгової реакції у реальному часі, у першій групі дослідження із цукровим діабетом та різною ступеню деструкції зубного ряду, тобто частковою відсутністю зубів. За дослідженням винайшли представників які надавали особового токсичного ефекту на тканини ясен а саме *P.intermedia*, *P.gingivalis* та *T.denticola*. також було виявлено знижену токсичну дальність такої агресивної

флори у II групі, та знижену кількість у загальній мікрофлорі ротової порожнини, але наприклад у хворих із цукровим діабетом спостерігалась кореляція від рівня компенсації цукрового діабету та токсичним впливом пародонтопатогенів. Встановлена необхідність частішого використання антибактеріальної терапії для хворих із цукровим діабетом, за результатами чутливості до антибіотиків.

**Висновки.** Полімеразна ланцюгова реакція у реальному часі, у рамках нашого дослідження є ефективним методом для діагностування проблематики деструкцій пародонту із-за токсичного впливу пародонтопатогенів та також ефективний для підбору індивідуальної тактики лікування у пацієнтів, у котрих є ускладнення дефектів ротової порожнини, що мають ендокринну патологію, включно цукрового діабету.

## **Актуальні напрями дослідження в терапевтичній стоматології**

**Строченко Є.О.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Карієс, пародонтит, пульпіт та інші стоматологічні захворювання є поширеними проблемами у світі. Терапевтична стоматологія займається діагностикою, лікуванням та профілактикою цих захворювань, що робить її надзвичайно актуальною. В останні роки зросла свідомість про важливість стоматологічного здоров'я для загального здоров'я людини. Люди все більше звертають увагу на догляд за зубами та відвідують стоматолога для профілактичних оглядів та лікування. Терапевтична стоматологія постійно розвивається, в тому числі завдяки впровадженню нових методів та технологій. Наприклад, використання лазерної терапії, комп'ютерного моделювання та інші інновації дозволяють забезпечити більш ефективне та комфортне лікування. Збереження природних зубів є пріоритетом у стоматології. Терапевтична стоматологія, зокрема, пропонує методи відновлення пошкоджених зубів, такі як пломбування, коренева канална лікування та інші, що дозволяють зберегти зуби

та забезпечити їхню функціональність. Забезпечення естетики в терапевтичній стоматології включає ряд процедур та методів, які допомагають покращити зовнішній вигляд зубів та усмішки пацієнтів. Терапевтична стоматологія використовує різні методи реставрації зубів, такі як пломбування та встановлення вінірів. Це дозволяє відновити форму та функціональність пошкоджених зубів та одночасно поліпшити їх зовнішній вигляд [1; 2; 3].

**Мета** роботи полягає у виокремленні основних пріоритетних напрямів дослідження у межах терапевтичної стоматології.

**Результати та обговорення.** Огляд літератури показав, що актуальні напрями дослідження в терапевтичній стоматології включають:

Розвиток нових методів лікування. Дослідники працюють над розробкою нових методів лікування стоматологічних захворювань, таких як карієс, пульпіт, пародонтит та інші. Це включає вивчення ефективності нових матеріалів, інструментів та технологій для відновлення та захисту зубів [4].

Профілактика та раннє виявлення захворювань. Дослідження спрямовані на вивчення методів профілактики стоматологічних захворювань, таких як карієс та пародонтит. Розробка нових методів раннього виявлення захворювань допомагає вчасно розпочати лікування та запобігти подальшим ускладненням [5;6].

Використання нових матеріалів та технологій. Вчені досліджують нові матеріали та технології для лікування стоматологічних захворювань. Наприклад, розробляються нові композитні матеріали для реставрації зубів, нові методи протезування та інші інновації [4].

Вивчення впливу системних захворювань на стан порожнини рота. Дані дослідження спрямовані на вивчення впливу системних захворювань, таких як цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, на стан порожнини рота, що допомагає встановити зв'язок між загальним здоров'ям та стоматологічним станом пацієнтів [7].

Вплив стоматологічних захворювань на загальне здоров'я. Дослідження також спрямовані на вивчення впливу стоматологічних захворювань на загальне

здоров'я пацієнтів. Наприклад, вивчається зв'язок між захворюваннями ясен та серцево-судинними захворюваннями [8].

Розробка нових протоколів лікування. В межах цього напряму дослідження спрямовані на розробку нових протоколів лікування стоматологічних захворювань. Це допомагає покращити якість лікування та підвищити успішність терапії.

**Висновки.** Актуальні напрями дослідження в терапевтичній стоматології включають розвиток нових методів лікування, профілактику та раннє виявлення захворювань, використання нових матеріалів та технологій, вивчення впливу системних захворювань на стан порожнини рота, вплив стоматологічних захворювань на загальне здоров'я, розробку нових протоколів лікування. Ці дослідження сприяють покращенню якості лікування, запобіганню захворювань та збереженню природних зубів, а також підвищують естетичний вигляд зубів та усмішки пацієнтів. Враховуючи поширеність стоматологічних захворювань та зростання свідомості про їхню важливість, терапевтична стоматологія є надзвичайно актуальною галуззю стоматології.

### **Біохімічні показники ясен щурів при експериментальному моделюванні пародонтиту на тлі аліментарного дефіциту Вітаміну-Д**

**Сухомейло Д. О., Рейзвіх О. Е., Христова М.Т.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Дефіцит та недостатність вітаміну D нині розглядається як глобальна проблема. Тривожна ситуація виявлена в дітей: нормальний вміст вітаміну D реєструвався лише в 1,4 % обстежених, в 92,2 % виявився виражений його дефіцит [1, 2]. Регуляція вітаміном D фосфорно-кальцієвого обміну та метаболізму кісткової тканини, а також протизапальний та імуномодулюючий ефект, вплив на клітинну проліферацію та дифференціювання можуть суттєво впливати на стан органів порожнини рота, обумовлюючи зокрема розвиток

хвороб пародонта [3, 4]. Розробка комплексу супроводу лікування стоматологічних захворювань у дітей на фоні дефіциту вітаміну D є актуальним завданням сучасної стоматології. Мета дослідження. Експериментальна оцінка на щурах, на тлі моделі аліментарного дефіциту вітаміну D, змін біохімічних показників ясен під дією розроблених лікувально-профілактичних заходів.

**Матеріали і методи дослідження.** В експериментальній роботі використовували наступні препарати: гель Мумійо (ДУ «ІСЦЛІХ НАМН», Україна), «Міцні зуби» (ТОВ ВТФ «Фармаком», Україна), Аквадетрим вітамін D3 (Medana Pharma S. A., Польща). Дослідження проведено на 36 білих щурах лінії Wistar обох полів (1 місяць, маса  $100 \pm 5$  г), яких поділили на 3 групи. 1 група – інтактні; 2 група – відтворення моделі D-дефіцитного аліментарного пародонтиту [5]; 3 група - відтворення моделі та застосування лікувально-профілактичного комплексу. Визначали рівень біохімічних маркерів системного запалення: активність еластази та вміст малонового діальдегіду (МДА) [6, 7], активність уреази, активність каталази і кислій фосфатази [8, 9, 10]. При статистичній обробці отриманих результатів використовувалася комп'ютерна програма STATISTICA 6.1. для оцінки їхньої достовірності та похибок вимірювань.

**Результати та обговорення.** В яснах 2-ої групи тварин, у якої моделювали аліментарний D-дефіцитний пародонтит відбулася інтенсифікація процесів запалення і ПОЛ: вміст МДА достовірно підвищився у 1,6 рази ( $P1 < 0,001$ ) у самців і в 1,5 рази у самок ( $P1 < 0,001$ ), а активність еластази достовірно збільшилась на 15,6 % ( $P1 < 0,02$ ) у самців і на 31,5 % ( $P1 < 0,02$ ) у самок, порівняно з інтактною групою. Введення ЛПК у тварин 3-ої групи сприяло ефективному зниженню інтенсивності перекисного окислення ліпідів та послабленню процесів запалення. В яснах щурів-самців 3-ої групи спостерігалася тенденція зниження показників активності еластази на 14 % ( $P2 < 0,002$ ) і на 13,3 % у самок ( $P2 < 0,02$ ) та достовірне зниження рівню МДА на 12,9 % ( $P2 < 0,01$ ) у щурів-самців і на 27,14 % ( $P2 < 0,001$ ), відповідно у самок в порівнянні з параметрами у 2-й групі. Найбільш значиме зниження вмісту МДА спостерігалася в яснах

самок-тварин 3-ї групи: у 1,1 рази та 1,01 рази відповідно показників активності еластази у групі самців та максимально досягло значень групи 1. Активність каталази в яснах щурів при моделюванні аліментарного D-дефіцитного пародонтиту зменшилась на 22 % у самців ( $P1 < 0,001$ ) та на 12,1 % у самок ( $P1 < 0,01$ ). Антиоксидантно-прооксидантний індекс в даній групі достовірно знизився в 2,04 рази ( $P1 < 0,001$ ) у самців та в 1,7 рази ( $P1 < 0,001$ ) у самок по відношенню до інтактної групи. Отримані данні свідчать про порушення балансу антиоксидантних і прооксидантних систем на користь останніх. Встановлено, що застосування ЛПК призвело до стимулювання антиоксидантної активності: в яснах щурів з групи 2 і групи 3 активність каталази у самців зросла на 21,4 %, у самок на 6,8 %, що значно менше, ніж у самців. Система антиоксидантного захисту у самців щурів під впливом ЛПК стала більш активна ніж у самок. Активність КФ вірогідно підвищилась при патології, яка була спричинена аліментарним дефіцитом вітаміну D ( $P1 < 0,001$ ), причому у самок показник зростає на 32,3% ( $P1 < 0,001$ ) і на 22% ( $P1 < 0,001$ ) відповідно у самців. Підвищення активності кислої фосфатази, може сприяти демінералізації зубів та зміні мікробіоценозу в ротовій порожнині. Після застосування ЛПК показники достовірно ( $P2 < 0,001$ ) наблизилися до рівня інтактної групи. Про активне розмноження умовно-патогенних бактерій свідчить висока активність уреазы в яснах щурів групи 2 в порівнянні з інтактною: достовірне збільшення на 38,7 % у самців ( $P1 < 0,001$ ) та 42,6 % у самок ( $P1 < 0,001$ ). Після застосування ЛПК (група 3) фіксуємо зниження активності цього ферменту на 12,7 % у самців та на 33,5 % у самок ( $P2 < 0,001$ ).

**Висновки.** В умовах пародонтиту на тлі аліментарного дефіциту вітаміну D наявні інтенсивні процеси системного запалення, активації перекисного окислення ліпідів, а також запалення та посилення контамінації умовно-патогенної мікробіоти на яснах, а також зниження антимікробного та антиоксидантного захисту. Найбільш виражений процес запалення ясен спостерігали у щурів самок.

Застосування лікувально-профілактичного комплексу на фоні модельованого аліментарного D-дефіцитного пародонтиту надавало коригуючу дію на зміни в яснах тварин. Запропонований лікувально-профілактичний комплекс ефективно знижував процеси запалення, перекисного окиснення ліпідів, розвиток умовно-патогенної мікробіоти, повільно стимулював неспецифічний антимікробний та антиоксидантний захист в порожнині рота.

## **Вміст лактату в раковій пухлині при застосуванні регіонарної гіперглікемії**

**Лунгу К. В., Лунгу В.І.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Характерною рисою метаболізму клітин злоякісної пухлини є їх висока потенційна здатність до анаеробного гліколізу - утилізації глюкози при відсутності кисню з утворенням лактату. Пухлина функціонує в організмі як «пастка» глюкози. Ракові клітини споживають глюкозу зі швидкістю незрівнянно вищою, ніж та, з якою вона надходить до пухлини. Гіперглікемія, заснована на зниженні рН пухлинної тканини, зайняла міцне місце серед методів посилення променевої та хіміотерапії . У науковій літературі за останні 10 років наводяться роботи по використанню внутрішньо-артеріальної інфузії глюкози в клінічній практиці при хіміорадіотерапії злоякісних пухлин різних локалізацій . Існують злоякісні пухлини з низькою чутливістю до хіміотерапії. Подолати хіміорезистентність гіпоксичних пухлинних клітин можливо, якщо «наситити» їх глюкозою.

**Метою** даного дослідження є вивчення зміни вмісту лактату в пухлинної тканини до і після створення режиму регіонарної гіперглікемії.

**Матеріали та методи.** Основу дослідження склав біопсійний матеріал (21 ділянку пухлинної тканини) від 7 хворих на плоскоклітинний рак слизової оболонки дна порожнини рота різного ступеня диференціювання. Серед усіх



пацієнтів було 6 чоловіків і 1 жінка у віці від 45 до 69 років. Відбір матеріалу проводився в клініці Інституту стоматології НАМН України. У кожного з хворих шляхом інцизійної біопсії тричі проводився відбір матеріалу. Перший раз ділянку пухлинної тканини відсікали до початку лікування, другий раз - відразу після закінчення інфузії глюкози, третій - через 1 годину після закінчення інфузії. Перед внутрішньо-артеріальною інфузією розчину глюкози в зону розташування пухлини всім хворим була проведена операція перев'язки зовнішньої сонної артерії (за методикою Насілова) з катетеризацією язичної артерії. Перев'язувалась загальна лицьова або поверхнева і глибока вени. Стан штучної регіонарної гіперглікемії створювали шляхом внутрішньо-артеріального введення 10 мл 20% розчину глюкози. Час інфузії 2-4 хвилини (при процедурі враховувалась індивідуальна больова чутливість). Для отримання об'єктивних результатів на клінічному етапі дослідження дотримувалися дві умови: а) розміри посіченого ділянки пухлини повинні були бути не менше 7-10 мм в діаметрі, тоді їх вага становила 15-25 мг; б) посічену пухлинну тканину негайно занурювали в термос з рідким азотом ( $t-196^{\circ}\text{C}$ ), оскільки концентрація лактату в тканини поза організмом під впливом умов навколишнього середовища швидко знижується. Зміст лактату в пухлини визначали загальноновизнаним ферментативним методом - лактатдегідрогеназним. Лабораторним методом у всіх хворих двічі досліджувалась концентрація глюкози в периферичній крові (т.зв. «цукор крові») - до і через 1 годину після інфузії розчину глюкози.

**Результати та обговорення.** Виділення лактату призводить до «підкислення», тобто зниження рН всередині і навколо клітин. Лактат є як показником метаболізму глюкози пухлиною, так і критерієм підвищення хіміочутливості пухлинних клітин, про що свідчать дані таблиці.

Таблиця 1. Вміст лактату в раковій пухлині порожнини рота при регіонарній гіперглікемії

показник	до інфузії	відразу після інфузії	через годину після інфузії
вміст лактату	$6,6 \pm 0,7$	$6,9 \pm 0,8$	$47,9 \pm 7,4^*$

Примітка: \*  $P < 0,01$  у порівнянні з показниками до і відразу після інфузії.

Було встановлено, що через 1 годину після закінчення інфузії глюкози, тобто створення регіонарної гіперглікемії, в басейні васкуляризації пухлини, вміст лактату в пухлинній тканині збільшувалася в 6-7 разів ( $47,9 \pm 7,4$  мікро / г тканини в порівнянні з  $6,6 \pm 0,7$  мікро / г перед інфузією). Це вказує на істотне підкислення пухлинної тканини під впливом глюкози. Слід зазначити, що при нашому методі інфузії глюкози ступінь підкислення пухлини вище, ніж за даними тих дослідників, які застосовували аналогічний режим інфузії розчину глюкози тієї ж концентрації в язикову артерію, але без попередньої перев'язки лицьових вен [5]. Іншими словами, нами отримано пряме підтвердження того, що без перев'язки вен, що відводять кров від зони розташування пухлини не можна розраховувати на скільки-небудь тривалий контакт внутрішньо-артеріально введеного препарату з пухлинною тканиною. Дуже важливо, що стан загальної глікемії у цих хворих суттєво не змінювався (від 7 до 9 мМ), що підтверджено дослідженням рівня глюкози в периферичній крові до і після внутрішньо-артеріальної інфузії глюкози.

**Висновок.** Зміст лактату в пухлині збільшувалася в 6-7 разів через одну годину після інфузії розчину глюкози, що вказує на істотне підкислення пухлинної тканини, яке здатне модифікувати дію протипухлинних препаратів.

# **Мікроядра ексфолютивних клітин букального епітелію як маркер мутагенного ефекту цитостатиків**

**Лунгу К. В., Лунгу В.І.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Мікроядерний тест – це єдиний метод, що дозволяє оцінювати цитогенетичний ефект досліджуваних факторів в інтерфазних клітинах. Ця відмінність забезпечує значні переваги мікроядерного методу, тому що дає можливість обліку, крім цитогенетичних ефектів впливу факторів, інших каріологічних змін, що характеризують проліферативну активність тканини та процеси загибелі клітин [1,2]. У нашому дослідженні виявлено підвищення рівня мікроядер в ексфолютивних клітинах у 3.4 рази, що підтверджує результати досліджень А. К. Нерсеяна (2003) [3], J.V. Richard (2009)[4] і F.Sarto et al. (1990)[5], які проводили на малій кількості хворих. Цими ж дослідниками був проведений паралельний аналіз кількості хромосомних, аберацій і мікроядер у лімфоцитах і мікроядер в ексфолютивних клітинах хворих після проведення хіміотерапії і показано, що між трьома цими параметрами спостерігається висока ступінь кореляції [1, 2, 3].

**Ціллю** роботи було вивчення змін кількості мікроядер в ексфолютивних клітинах слизової оболонки порожнини рота як маркера бластомогенного впливу хіміопрепаратів на неуражені тканини.

**Матеріали та методи.** Цитологічне дослідження слизової оболонки проводили за допомогою мазків-відбитків. Хворих на рак порожнини рота, що отримували на першому етапі комплексного лікування внутрішньо-артеріальну поліхіміотерапію, поділили на дві групи. Серед хворих було 16 чоловіків, 6 жінок. В 1-й групі було досліджено 13 хворих, в 2-й групі - 9 хворих. Діагноз плоскоклітинного раку було встановлено у всіх хворих до лікування. За основними прогностичними ознаками хворі обох груп були без істотної різниці. Відбір матеріалу здійснювали двічі: вперше до будь-якого лікування, вдруге - через добу після закінчення повного курсу селективної внутрішньо-артеріальної

поліхіміотерапії, використаної в самостійному режимі (1-а гр.), або селективної внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії на фоні внутрішньо-артеріальної інфузії розчину глюкози (2-а гр.). Для цього методу характерна простота відбору клітин та приготування препаратів, чим вигідно відрізняється від дуже болісного методу відбору проб кісткового мозку і дуже трудомісткого методу приготування препаратів з лімфоцитів. Окрім того, аналіз препарату з виготовленого з ексфолюативних клітин (500 клітин), триває в залежності від якості препаратів 30-40 хвилин, чим він вигідно відрізняється від хромосомного аналізу в лімфоцитах та аналізу мікроядер в ретикулоцитах..

**Результати та обговорення.** Середня кількість мікроядер в ексфолюативних клітинах у хворих двох досліджених груп до лікування хіміопрепаратами складала  $0,181 \pm 0,07$ -1% (у чоловіків  $0,180 \pm 0,066\%$ , а у жінок -  $0,182 \pm 0,076\%$ ) (табл.), тобто практично не відрізнялась від цього показника у здорових осіб. Після закінчення курсу селективної внутрішньо артеріальної поліхіміотерапії в самостійному режимі (1-а гр. ) середній рівень мікроядер у хворих дорівнював  $1,161 \pm 0,071\%$  ( $1,140 \pm 0,074\%$  у чоловіків та  $1,183 \pm 0,068\%$  у жінок).

Таблиця 1 - Порівняння кількості клітин з мікроядрами в ротовій порожнині до та після проведення поліхіміотерапії

Групи	Кількість клітин з мікроядрами до лікування				Кількість клітин з мікроядрами після лікування				Співвідношення клітин до і після лікування
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
2 група	5	$0,180 \pm 0,071$	7	$0,182 \pm 0,076$	31	$1,140 \pm 0,074$	45	$1,183 \pm 0,068$	$0,181 \pm 0,074$ $1,161 \pm 0,071$
3 група	5	$0,179 \pm 0,066$	4	$0,183 \pm 0,067$	11	$0,393 \pm 0,065$	10	$0,457 \pm 0,065$	$0,181 \pm 0,066$ $0,425 \pm 0,065$

Примітка: Різниця достовірна у 2-й групі при  $P < 0,02$ , у 3-й - при  $P < 0,01$ .

Кількість ексфоліативних клітин з мікроядрами у хворих після лікування достовірно збільшилась у 6,3 рази у порівнянні з хворими до лікування ( $P < 0,02$ ). При цьому цей показник збільшився у чоловіків у 6,2 рази ( $P < 0,02$ ), а у жінок - в 6,5 рази ( $P < 0,01$ ). Викликають зацікавлення отримані результати у 2-й групі хворих, яких лікували за допомогою селективної внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії і внутрішньо-артеріальної інфузії розчину глюкози. Збільшення кількості ексфоліативних клітин з мікроядрами після курсу внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії разом з штучною регіонарною гіперглікемією всього у 2,3 рази порівняно з 2-ою групою хворих, ймовірно, пов'язано з протекторною дією глюкози. У чоловіків кількість ексфоліативних клітин з мікроядрами збільшилась всього у 2,2 рази, а у жінок у 2,5 рази.

**Висновки.** Аналіз кількості мікроядер в ексфоліативних клітинах слизової оболонки порожнини рота є прогностично важливим методом для вивчення бластомогенності хімічних агентів *in vivo* і відрізняється від інших методів швидкістю аналізу препаратів та простотою відбору проб. Через добу після закінчення одного курсу лікування хіміопрепаратами кількість мікроядер збільшується у 6,3 рази. Отримані результати свідчать про генопротекторну дію глюкози при одночасному використанні з хіміопрепаратами (кількість клітин з мікроядрами збільшилась всього у 2,3 рази).

## **Стоматологічний статус дітей з сенсорною депривацією зору**

**Шпак С. В. , Дєньга О. В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Стоматологічної патологія у дітей залишається однією з найбільш гострих і актуальних проблем сучасної медичної науки та представляє реальну загрозу загальному стану здоров'я підростаючого покоління України.

На тлі високої поширеності стоматологічної захворюваності є групи дітей у яких ці показники значно перевищують середньостатистичний рівень. До цієї

групи відносять дітей з сліпотою. Особливістю стоматологічної захворюваності у даній категорії пацієнтів є висока поширеність і інтенсивність патології зубощелепного апарату, а також одночасний розвиток декількох самостійних видів патології: каріозного ураження зубів, запальних захворювань пародонту, зубощелепних аномалій та деформацій та ін. [1, 2, 3].

Всі ці дані підтверджують, що проблема актуальна і мало вивчена. Подальше дослідження цієї проблеми допоможе поглиблено оцінити реальний стан порожнини рота у дітей з сліпотою.

**Мета дослідження.** Метою дослідження було вивчення стану твердих тканин тимчасових та постійних зубів у дітей з сенсорною депривацією зору.

**Матеріал та методи дослідження.** Для вирішення поставленої мети дослідження обстежено 116 дітей з сенсорною депривацією зору віком від 6 до 14 років комунального закладу «Одеська спеціальна школа №93». Вони були розподілені на 2 вікові групи. В першу групу увійшла 61 особа віком 6–8 років. В другу увійшли 56 осіб віком 11–14 років.

Усі пацієнти проходили комплексне обстеження основного захворювання та стоматологічного статусу за єдиною схемою.

Інтенсивність каріозного процесу в тимчасових зубах визначали за індексами карієс-пломба зубів (кпз) і карієс-пломба поверхонь (кпп), у постійних зубах за індексами карієс-пломба-видалені зуби (КПВз) та карієс-пломба-видалені поверхні (КПВп) [4].

**Результати та їх обговорення.** За для ефективного планування профілактичної роботи з дітьми з сенсорною депривацією зору нами було проведено вивчення стану твердих тканин тимчасових та постійних зубів у осіб даного контингенту у порівнянні з середніми показниками інтенсивності карієсу зубів у дітей України.

Дослідження стану твердих тканин тимчасових зубів у сліпих дітей показали, що у дітей 6–8 років були присутні ускладнення на відміну від дітей 11–14 років, у яких дані щодо ускладнень були відсутні. Також необхідно відмітити, що у сліпих дітей 11–14 років спостерігався вірогідно гірший

показник інтенсивності карієсу твердих тканин тимчасових зубів «кпз» у 1,16 разів у порівнянні з показниками середнього по Україні ( $p < 0,005$ ). У той же час значення цього показника були нижче ніж в середньому по Україні у 2 рази ( $p < 0,001$ )

При аналізі даних стану твердих тканин зубів у дітей з сенсорною депривацією зору, можна сказати про наявність підвищених показники інтенсивності карієсу у дітей 11–14 років у порівнянні з дітьми 6–8 років. У досліджуваних осіб 6–8 років значення індексу інтенсивності карієсу «КПВп» були значно вище даних середнього по Україні у осіб 11–14 років у 1,6 разів ( $p < 0,001$ ). При цьому при порівнянні показників цього ж індексу інтенсивності карієсу у дітей 11–14 років не було відмічено вірогідних відмінностей у порівнянні з середніми показниками по Україні серед дітей того ж віку ( $p > 0,1$ ). Ускладнення карієсу з усіх досліджених осіб спостерігалися тільки у дітей 11–14 років з сенсорною депривацією зору.

Дані, які наведені вище і є доказом підвищеної інтенсивності карієсу тимчасових зубів у дітей 11–14 років та постійних зубів у дітей 6–8 років з сенсорною депривацією зору. Багато наукових публікацій свідчать про високу інтенсивність та поширеність карієсу постійних зубів, зубощелепних аномалій, незадовільний стан гігієни порожнини рота, високу потребу в санації порожнини рота, недостатній рівень стоматологічної допомоги у сліпих та слабозорих дітей. Наше дослідження не є винятком. Наступним кроком наших досліджень стане проведення аналізу даних захворюваності тканин пародонту та стану гігієни порожнини рота у дітей з сенсорною депривацією зору. Формування здорового способу життя – важлива ланка первинної профілактики основних стоматологічних захворювань. Слід враховувати, що висока поширеність дитячої інвалідизації її неухильне зростання створюють великі труднощі в медичному обслуговуванні цього контингенту дітей [5]. Проблемі підвищення ефективності впровадження програм первинної профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей та підлітків з обмеженими можливостями зі здоров'я у зв'язку з особливостями соматичної патології присвячені окремі

публікації. [5, 6–7]. Це є підґрунтям для розробки і впровадження більш ефективного патогенетично обґрунтованого лікувально-профілактичного комплексу для даного контингенту дітей із застосуванням психолого-педагогічних методик, які дають змогу підвищити ефективність первинної профілактики основних стоматологічних захворювань.

**Висновки.** В результаті проведених досліджень було встановлено, що отримані дані є доказом підвищеної інтенсивності карієсу зубів у дітей зі сліпотою.

Дане дослідження буде сприяти розробці обґрунтованого ефективного комплексу лікувально-профілактичних засобів для профілактики основних стоматологічних захворювань, способів навчання гігієні порожнини рота дітей з сенсорною депривацією зору, корекційних програм для профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей.

### **Дослідження впливу препаратів Мерказоліл та L-Тироксин на терміни прорізування зубів у Щурів**

**Гороховський В.В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Процес прорізування зубів підпорядковується генетичним та ендокринним чинникам. Також важливе значення має нервова система, яка забезпечує регуляцію кісткового метаболізму та резорбцію кістки альвеоли під час прорізування [1, 2]. На терміни прорізування зубів може впливати ціла низка ендогенних та екзогенних факторів. [3, 4]. Тому, особливу увагу під час вивчення етапів формування, мінералізації та прорізування зубів слід приділяти тим факторам, що діють ще в антенатальному періоді розвитку дитини.

**Мета дослідження.** Вивчення впливу L-тироксину, Мерказолілу на терміни прорізування молярів у щурів.

**Матеріали та методи.** Експеримент виконаний на 15 білих лабораторних щурах-самках та 26 щурятах. Починаючи з першого дня введення препаратів, до



самок підсаджували самців. В залежності від використаних препаратів, тварин розподілили на 3 групи: 1. Інтактна (дієта віварію); 2. L- тироксин в дозі 10 мг/кг + дієта віварію 3. Мерказоліл – (20 мг/кг – вагітність), (50 мг/кг – лактація) + дієта віварію. Подальші дослідження проводили на щурятах, які були народжені від самок, що отримували ці препарати. Щурят виводили з експерименту під тіопенталовим наркозом (20 мг/кг) після періоду лактації приблизно у віці 35 днів. Загальна тривалість експерименту склала 56 днів. Протягом експерименту у щурят визначалась дата початку прорізування зубів та ступінь їх прорізування.

**Результати дослідження.** У щурів 2 другій групи перший моляр прорізувався на  $15,42 \pm 0.16$  день, Прорізування другого моляру у щурів 2 групи відбувалось 1,96 доби раніше ніж у щурів 1 групи. Прорізування третього моляру відбувалось на 2,89 доби раніше першої групи.

Перший моляр у щурів 3 групи прорізувався на 3,43 дні пізніше ніж у щурів інтактною групи. Другий моляр на 4,14 дні пізніше ніж у інтактною щурів групи. Прорізування третього моляру відбувалось на 3,15 дні пізніше ніж у щурів першої групи.

**Висновки.** Встановлено, що у щурів народжених від самок яким моделювали експериментальний гіпертиреоз під час вагітності та лактації, відбувалось раннє прорізування молярів. Доведено, що у щурів народжених від самок, яким моделювали експериментальний гіпотиреоз під час вагітності та лактації, відбувалась затримка прорізування молярів.



# Секція оториноларінгології

## Особливості викладання оториноларінгології на стоматологічному факультеті

Пухлік С.М., Тітаренко О.В., Добронравова І.В.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Курс оториноларінгології ОНМедУ викладається на стоматологічному та міжнародному факультетах на основі робочих програм, які розроблені відповідно до освітньо-професійної програми «Стоматологія» та сучасних стандартів лікування гострих запальних захворювань ЛОР - органів [1]. Особливістю сучасних навчальних програм є практично-орієнтований підхід, тобто формування у студентів спеціальних та практичних компетенцій, які необхідні для їх подальшої лікарської діяльності. Майбутні лікарі стоматологи насамперед мотивовані на формування професійних компетенцій за своєю спеціальністю, вони не будуть діагностувати і лікувати різноманітну ЛОР патологію, але, тим не менш, вони повинні отримати і засвоїти необхідний обсяг теоретичних знань з клінічної анатомії та фізіології суміжних органів, навчитися обстежити хворих з найбільш частою запальною патологією гортані, вуха, особливо в екстрених випадках; грамотно надавати першу лікарську допомогу.

**Ціль роботи.** Метою співробітників кафедри під час викладання оториноларінгології студентам стоматологічного факультету є підвищення ефективності та результативності педагогічного процесу. Для досягнення цієї мети ми ставимо такі завдання: мотивація студентів стоматологічного профілю на вивчення курсу оториноларінгології, застосування інноваційних технологій та активних методів навчання; демонстрація інноваційних методик у діагностиці та лікуванні ЛОР захворювань; самостійна робота студентів; формування у

студентів професійних компетенцій, які необхідні для діагностики основної отоларингологічної патології та надання першої лікарської допомоги [2].

**Матеріали та методи.** Відразу слід сказати, що для повноцінного вивчення спеціальності кафедра надає студентам весь електронний банк методичної літератури, що включає тексти, мультимедійні презентації лекцій, практичних занять, тем СРС, поточні та підсумкові тестові завдання, перелік питань з кожної теми. Ці матеріали присутні в електронній бібліотеці університету, і студент у будь-який момент може одержати необхідну інформацію. З першої лекції та з першого практичного заняття ми мотивуємо студентів стоматологічного профілю на вивчення курсу оториноларингології. Звертається увага на тісне анатомічне сусідство порожнини рота, порожнини носа та біляносових пазух. Слід підкреслити, що оториноларингологія є суміжною спеціальністю для лікарів стоматологів і найчастіше лікування пацієнтів із запальними захворюваннями та травмами здійснюється лікарями цих спеціальностей спільно. Так, наприклад, запальний процес порожнини рота може залучати біляносові пазухи, що може призводити до небезпечних внутрішньочерепних і орбітальних ускладнень. Особлива увага приділяється онкологічним захворюванням щелепно-лицьової області, порожнини носа та біляносових пазух носа, при яких симптоматика може маскувати клінічну картину небезпечного ураження даної анатомічної локалізації. Порушення носового дихання, яке виникає на тлі хронічних ринітів, назофарингітів, особливо у дитячому віці, призводить до формування неправильного прикусу та дефектам розвитку щелепно-лицьової ділянки [3]. На практичних заняттях ми обговорюємо можливу одонтогенну етіологію риносинуситів, акцентуємо увагу на синдромних захворюваннях, при яких уражаються як ЛОР органи, так і порожнина рота, слинні залози (синдром Шегрена, хвороба Бехчета). Усі лекції супроводжуються мультимедійними презентаціями. На практичних заняттях також показуються комп'ютерні презентації, відеофільми з методів обстеження та типових операцій на ЛОР органах. Студенти мають можливість бути присутніми у оглядовому кабінеті при первинному прийомі хворих, в

операційній, спостерігати пацієнтів у перев'язній у післяопераційному періоді. Все це дозволяє мобілізувати увагу, інтерес здобувачів вищої освіти та стимулює їхню пізнавальну діяльність. Одним із шляхів підвищення якості підготовки фахівців є переорієнтація освітнього процесу із завдань трансляції знань та досвіду на завдання навчання студентів навичкам їх самостійного набуття. У зв'язку з цим наша кафедра приділяє велику увагу самостійній роботі студентів як в аудиторії (під керівництвом викладача), так і в позааудиторний час. Самостійна робота в аудиторії проводиться, як правило, в активній – професійній формі. Студентам пропонуються для вирішення різноманітні ситуаційні завдання, написання історії хвороби. У позааудиторний час у рамках самостійної роботи студенти готують комп'ютерні презентації та реферати з питань, які запропоновані викладачами. Особлива увага приділяється формуванню компетенцій, які необхідні щодо надання першої лікарської допомоги при носових кровотечах, стенозах гортані [4]. У навчальній кімнаті на муляжах відпрацьовуються практичні навички: передня тампонада носа, операції конікотомія, трахеотомія. Відпрацьовуються також такі практичні навички, як ендоскопічні методи дослідження ЛОР органів, проведення туалету вуха, змащення лікарськими препаратами слизової оболонки носа, глотки, видалення сторонніх тіл, принципи анестезії в отоларингології тощо.

**Результати та обговорення.** У процесі навчання використовується поточний тестовий контроль та опитування студентів. На іспиті проводиться підсумковий контроль у вигляді написання тестів типу «Крок-2», усної відповіді за основними розділами оториноларингології. Вирішення ситуаційного завдання.

**Висновки.** Необхідно зазначити, що використання інноваційних технологій та активних методів навчання, демонстрація викладачами сучасних прийомів діагностики та лікування ЛОР захворювань та стимуляція самостійної роботи студентів сприяють підвищенню ефективності та результативності навчального процесу та якості підготовки студентів стоматологів.

## **Фоніатрічні порушення при одонтогенних синуситах.**

### **Особливості викладання**

**Пухлік С.М., Добронравова І.В., Тітаренко О.В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** У наш прогресивний вік швидкого розвитку науки, техніки та медицини стало відомо, що багато захворювань розвиваються на стику декількох дисциплін. Так, наприклад, захворювання зубо-щелепної системи можуть привести до такого ускладнення, як одонтогенний гайморит, що суттєво впливає на здоров'я людини у цілому, а у професіоналів голосу і на якість голосу, що не дає змогу їм виконувати професійні обов'язки. Тому, при навчанні майбутніх лікарів-стоматологів велику увагу необхідно приділяти знанням у галузі оториноларингології, включаючи основи фоніатрії із застосуванням інтерактивних методів[1].

**Ціль.** Основою педагогічної майстерності педагога є професійна компетентність. Тому потрібно зуміти донести до свідомості здобувачів вищої освіти важливість вивчення анатомії, фізіології та методів дослідження ЛОР органів, навчити бачити зв'язок між захворюваннями зубів та ЛОР органів, як запальних (одонтогенні гайморити) так і функціональних (голосові порушення), особливо у людей голосомовних професій.

**Матеріали та методи.** Голос є необхідною частиною людського життя. А для таких людей, як викладачі, співаки, артисти, має значення не тільки наявність голосу, а і такі його властивості, як звучність, гучність, сила, краса, тембральна окраска та певний діапазон. Загальновідомо, що у процесі створення звуку приймає участь весь голосоутворюючий апарат, який має три периферічних відділа, з'єднаних між собою і регульованих корою головного мозку: органи дихання (легені, бронхи, трахея), гортань з голосовими складками, де утворюється слабкий первинний тон голосу, надставною трубою (ротова порожнина, глотка, ніс, додаткові пазухи носу). У надставній трубці голос

посилюється і набуває додаткове забарвлення. При захворюванні будь-якої частини цієї складної системи порушуються ті чи інші якості голосу.

При гайморитах, зокрема одонтогенних, які з самого початку протікають як хронічні, поряд із запальними явищами у носі порушуються механізми резонування голосу, зникають умови для створення імпедансу на голосовій складці, що приводить до виникнення проблем з голосом.

При навчанні на кафедрі оториноларингології здобувачам вищої освіти стоматологічного факультету пропонується алгоритм, що полегшує засвоєння знань, упорядкування інформації, встановлення взаємозв'язку між одонтогенними гайморитами та голосовими розладами. Відповідно до алгоритму вивчаються жалоби хворих, де прицільно розглядаються жалоби, характерні для одонтогенних гайморитів: неприємний запах з носа, гнійні виділення з однієї половини носа, головний біль, біль у проекції гайморової пазухи, особливо при нахилі голови вниз, носовий відтінок голосу та скаргами, властивими дисфонії: захриплість, звуження діапазону голосу, погіршення тембральної окраски, зменшення сили та витривалості голосу.

Проводиться ретельний збір анамнезу, при якому звертається увага та обговорюється зв'язок між станом зубо-щелепної системи та ЛОР органів, у тому числі щодо порушень голосу.

За допомогою муляжів, симуляційних тренажерів здобувачі вищої освіти оволодівають ендоскопічними методами дослідження ЛОР органів: передня, середня та задня риноскопія, орофарингоскопія, непряма ларингоскопія. За допомогою відеофільмів-мають змогу ознайомитись з такими методами дослідження, як пряма ларингоскопія, ларингостробоскопія, мікроларингоскопія, мікроларингостробоскопія, вимірювання часу максимальної фонації, акустичного аналізу голосу. [2]

При передній риноскопії звертається увага на ознаки одностороннього запального процесу у носі: набряклість, гіперемія, потовщення слизової оболонки носа, гнійні виділення у середньому носовому ході. Висвітлюється вплив запальних процесів у носі на голосовий апарат.

При орофарингоскопії оцінюється стан слизової рота, десни із цієї сторони, постназальне затікання патологічних виділень.

При ларингоскопії оцінюється стан голосового апарату, де можна виявити як запальні признаки, так і функціональні порушення голосового апарату.

Також здобувачі вищої освіти знайомляться з додатковими методами дослідження: R- грамма придаткових пазух носа, комп'ютерна томографія біляносових пазух, магнітно-резонансна томографія, оцінюють інформативність кожного з методів для постановки діагнозу (потовщення слизової оболонки пазухи, наявність густого вмісту, стороннього тіла в пазусі), виявлення причини одонтогенного гаймориту (пломбувальний матеріал, радикулярна кіста, проникнення імплантів у порожнину пазухи, стан після операцій синусліфтингу).

Також здобувачі вищої освіти знайомляться з методикою проведення пунції гайморової пазухи. За допомогою відеофільмів розглядаються та обговорюються методи консервативного та хірургічного лікування одонтогенних гайморитів та вплив кожного з них на стан голосоутворення.[3]

**Результати та обговорення.** При навчанні здобувачів вищої освіти стоматологічного факультету на кафедрі оториноларингології використовуються інноваційні методи та технології, які дозволяють розширити загальний та професійний кругозір здобувачів, стимулюють саморозкриття особистості, покращити професійну здатність майбутніх лікарів.

**Виводи.** Приведені данні, свідчать про те, що у здобувачів вищої освіти стоматологічного факультету добре формується професійна позиція, що акумулює в собі вищі рівні спрямованості, знань і готовності до дії. Розвинуті знання стають інструментом для самоаналізу і вияву резервів саморуху, що приводить до формування фахівців високого рівня, здатних розібратися самостійно у складних ситуаціях та вчасно направити пацієнта до суміжних спеціалістів.

## **Визначення та структура причин ротового дихання у дітей з зубощелепними аномаліями**

**Дєдикова І.В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Поширеність зубощелепних аномалій (ЗЩА) і деформацій серед дитячого населення, за даними багатьох авторів, продовжує бути досить високою – від 35–75 % [1, 2, 3]. Головним етіологічним фактором формування звуження зубних рядів є порушення функції носового дихання і, як наслідок, набута шкідлива звичка – дихання ротом. Першопричини, що провокують появу ротового дихання (РД): гіпертрофія глоткового мигдалика (ГГМ) та піднебінних мигдаликів, хронічні риніти, викривлення носової перегородки, чужорідні тіла, поліпоз носа. Розвиток повітроносних шляхів та лицьового скелету тісно взаємопов'язані: ротове дихання призводить до затримки росту та звуження верхньощелепних пазух і верхньої щелепи, що обумовлює формування готичної форми піднебіння. Етіопатогенетичний механізм розвитку звуження зубних рядів є дуже різноманітним, проте відомостей про взаємовідносини звужених зубних рядів і порожнини носа, що детермінують зміни лицевого черепа, недостатньо [4]. На нашу думку, стійке порушення функції носового дихання з ротовим диханням та набута шкідлива звичка дихати ротом – різні речі.

**Метою** нашого дослідження було вивчення частоти і структури причин стійкої назофарингеальної обструкції (СНФО) серед дітей та підлітків з ЗЩА та ротовим диханням.

**Матеріали і методи.** Нами було обстежено 94 пацієнта з ЗЩА на тлі РД. Вік хворих коливався від 6 до 18 років, з них було 46 хлопчиків та 48 дівчат. Попередній відбір хворих включав збір анамнезу, ендоскопічний огляд ЛОР-органів, риноманометрію, консультацію стоматолога-ортодонта (з телерентгенограмою, панорамною рентгенографією щелеп, рентгенограмою піднебінного шва, рентгенограмою кисті, КПКТ – в залежності від потреб при кожній конкретній ортодонтичній патології). Пацієнти були поділені на 2



основні групи в залежності від віку. До першої основної групи увійшов 51 пацієнт у віці від 6 до 12 років, до другої – 43 пацієнта у віці від 13 до 18 років. Контрольну групу склали 35 пацієнтів віком від 6 до 18 років, які мали ротове дихання при відсутності ЗЩА. Досліджувальні групи були репрезентативні по статі і віку. При градуванні вікової категорії в досліджуваних групах ми враховували час вікової інволюції глоткового мигдалика та факту збільшення порожнини носа та носоглотки за рахунок зростання кісток лицьового черепа.

**Результати та їх обговорення.** Підсумок дослідження стосовно присутності СНФО у пацієнтів з ЗЩА та ротовим диханням представлений у таблиці 1.

Таблиця 1 - Частота стійкої назофарингеальної обструкції серед дітей та підлітків з зубощелепною аномалією та ротовим диханням

Позитивний результат	основна група №1 N=51	основна група №2 N=43	контрольна група N=35	P
абс	44	29	22	P1-3<0,05 P2-3>0,05
%	86,27	67,44	62,86	

Тільки 29 з 43 (67,44%) пацієнтів з ЗЩА та РД у віковій категорії 13-18 років мали реальну СНФО. І, хоча, це більше ніж у контрольній групі, але недостовірно ( $P>0,05\%$ ). У віковій категорії 6-12 років реальна СНФО при ЗЩА з РД виявлена у 44 з 51 (86,27%) пацієнтів при  $P<0,05$ . Тобто діти молодшого віку (до 12 років) частіше підпадають під визначення стійкого порушення носового дихання з РД, а більш старші діти (13-18 років) частіше мають звичку дихати ротом без реального порушення носового дихання.

Підсумок дослідження стосовно структури причин стійкої назофарингеальної обструкції (СНФО) серед дітей та підлітків з ЗЩА та ротовим диханням представлений у таблиці 2.

Таблиця 2 - Структура причин стійкої назофарингеальної обструкції серед дітей та підлітків з зубощелепною аномалією та ротовим диханням

Причини порушення носового дихання	Досліджувальні групи						Всього з СНФО при ЗЩА		P
	Основна №1 (6-12 р) N=44		Основна №2 (13-18 р) N=29		Контрольна група (6-18 р) N=22				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Гіпертрофія глоткового мигдалика	32	72,73	8	27,59	4	18,18	40	54,79	P1-2>0,05; P5-1>0,05
Алергічний риніт	24	54,55	23	79,31	8	36,36	47	64,38	P2-3>0,05;
Зміщення носової перетинки	10	22,73	9	31,03	6	27,27	19	26,03	P3-1 >0,05; P3-4 <0,05
Поліпозний риносинусит	2	4,55	8	27,59	3	13,67	10	13,7	P2-4 <0,01; P1-4 <0,05
Гіпертрофія піднебінних мигдаликів	21	47,73	7	24,14	7	31,82	28	38,36	P3-5 <0,05 P2-5 <0,05

Алергічний риніт (АР) є лідером причин ЗЩА з РД. 47 з 73 (64,38%) пацієнтів обох основних груп мали СНФО за рахунок алергічного набряку в

порожнині носа, можливо тому, що у дитячому віці АР майже завжди поєднується з алергічним назофарингітом і, як наслідком, ГГМ. Але при  $P > 0,05\%$  у основній групі №1 (6-12 років) та при  $P < 0,05$  у основній групі №2 (13-18 років). Можливо, таке превалювання АР серед причин ЗЩА з РД саме у старшій віковій групі, пов'язане з тим, що для формування СНФО при ньому потрібно більше часу ніж при ізольованій ГГМ без АР.

ГГМ є головною причиною ЗЩА з РД у віковій категорії 6-12 років (основна група №1) при  $P < 0,01$ , а у віковій групі 13-18 років (основна група №2), хоч і частіше ніж у контрольній групі, але при  $P > 0,05\%$ .

Зміщення носової перетинки дещо частіше при ЗЩА з РД зустрічається у віковій групі 13-18 років, але при  $P > 0,05\%$ . Гіпертрофія піднебінного мигдалика, навпаки, у віковій категорії 6-12 років, але, теж, при  $P > 0,05\%$ .

**Висновки.** 1) 13,37% дітей у віковій категорії 6-12 років та 32,56% дітей у віковій категорії 13-18 років мають зубощелепні аномалії з ротовим диханням без стійкої назофарингеальної обструкції, тобто мають звичку тримати рот відкритим. 2) у віковій категорії 6-12 років найчастішою причиною стійкої назофарингеальної обструкції при зубощелепних аномаліях з ротовим диханням є гіпертрофія глоткового мигдалика, а у віковій категорії 13-18 років - алергічний риніт. 3) можливості ортодонтичної корекції у дітей при зубощелепних аномаліях з ротовим диханням без стійкої назофарингеальної обструкції потребують додаткового вивчення.

## **Лікування запальних захворювань лімфоглоткового кільця з метою профілактики карієсу**

**Чернишева І.Е.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Захворювання лімфоглоткового кільця завжди були частим явищем як в дитячому, так і в дорослому віці. Найчастіше вражаються піднебінні мигдалики,

що може призвести до хронізації процесу з розвитком такої патології як хронічний тонзиліт. Основними мікроорганізмами, які викликають дану патологію - патогенні стрептококи (1.с.21) та стафілококи. Під час застуди, загального зниження імунного захисту, не регулярній гігієні порожнини рота, неправильному харчуванні кількість мікроорганізмів збільшується, що може призвести до каріозного процесу. (2.с.40)

Таким чином одна патологія може стати причиною другої. Якщо санація порожнини рота не буде проводитися одночасно отоларингологом та стоматологом, це може викликати інфікування твердих і м'яких тканин, підвищити ризик розвитку отиту, гаймориту, лімфаденіту, розвитку запальних захворювань ШКТ.

**Ціллю** цієї роботи була оцінка ефективності профілактики карієсу під час лікування хронічного тонзиліту.

**Матеріали та методи.** У дослідну групу включено 52 хворих з хронічним тонзилітом і карієсом. З них 26 чоловіків і 26 жінок.

I-а група (ОГ) з 26 хворих, яким проводилося промивання лакун мигдаликів розчином стоматидину протягом 10 днів та фізіотерапевтичне лікування, яке включало магніто-лазеротерапію під кути нижньої щелепи протягом 10 днів та лікування карієсу.

II-а група (КГ) з 26 хворих, які отримували тільки традиційне лікування карієсу.

**Результати.** При контрольному бактеріологічному дослідженні порожнини рота через 3-6 місяців після лікування у хворих ОГ підтверджено значне зниження кількості патогенної флори у 99% обстежених та відсутність рецидиву захворювання.

**Висновки.** Проведені дослідження свідчать про клінічне значення санації слизової оболонки від патогенної мікрофлори, що призводить до поліпшення загального стану хворих та відсутності загострення захворювань слизової оболонки порожнини рота.

## **Клінічні види та ознаки злоякісного новоутворення шкіри зовнішнього носа та обличчя**

**Євчева А.Ф.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Сьогодні, відомо, що злоякісні новоутворення складаються з аномальних клітин епітелію шкіри. Частина злоякісних новоутворень розвивається з плоского епітелію, що складає найбільший відсоток захворювань і зветься плоскоклітинний рак шкіри (ПКРШ).

**Ціль роботи.** Описати та ознайомитись з клінічними ознаками злоякісних утворень ротоглотки які є важливими при діагностиці.

**Матеріал та методи.** Клінічні ознаки таких злоякісних новоутворень шкіри схожі у кінцевому вигляді. Так, плоскоклітинний рак шкіри (ПКРШ) – це пухлинне ураження шкіри у вигляді екзофіту, розмір різний і коли захворювання розповсюджується, тобто збільшується в розмірі пухлина може уражувати хрящову або кісткову частину обличчя та тіла людини. Клінічно такий рак виглядає як жовта луската ділянки шкіри з ніжною поверхнею, що починає кровоточити від легкого дотику. На місці такого ураження потім формується виразка, яка теж кровоточить при дотику.

Другий вид злоякісного новоутворення шкіри виростає з базального шару епітелію і росте дуже повільно і зветься базальноклітинний рак шкіри (БКРШ). Він теж реєструється в значній кількості. Це захворювання де якими лікарями трактується як доброякісне захворювання. Але в світі та Україні БКУШ визначено, як злоякісне новоутворення.

Клінічно такий рак виглядає як повільно зростаючий, блискучий рожевий або червоний клубок. Карцинома може вкриватися лусочками, але з часом таке новоутворення стає твердим може кровоточити або перетворюється на виразку, яка теж кровоточить.

І третій вид захворювання шкіри, яке супроводжується з ураженням клітин меланоцитів, які розташовані в епідермісі (у верхньому шарі шкіри) розвивається

меланома шкіри (МШ). Ці клітини виробляють меланін. До розвитку меланоми призводить безконтрольний поділ меланоцитів. Новоутворення з меланоцитів шкіри перебігає особливо злякисне й агресивно, тому розглядається як меланома. Меланому слід диференціювати з великими старечими бородавками, вони пігментовані й вкриті товстим кератиновим шаром. Агресивність меланоми обличчя проявляється з часом метастазуванням в головний мозок, орган зору та легень. Ця злякисна пухлина призводить до швидкої інвалідності та смерті хворого.

Сьогодні відомо, що морфологічно потрібно відрізнити такі типи злякисних новоутворень шкіри, які позначаються літерою G.

G1 високодиференційований рак, G2 помірнодиференційований рак, G3 низькодиференційований рак і G4 недиференційований рак. Ця міжнародна класифікація відображає чутливість до вибору способу лікування.

**Висновок.** Наприклад, всі типи раку шкіри підлягають хірургічному, комбінованому або комплексному лікуванню. Тому правильний і швидкий вибір способу лікування повинен бути спланованим і від своєчасного використання способу лікування залежить не тільки ефективність його але і життя хворого, особливо з меланомою.

## **Вивчення мікроорганізмів, які утворюють біоплівки при патології ротоглотки та шляхи корекції біоценозу**

**Пухлік С.М., Щелкунов О.П., Щелкунов О.А.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Хронічні осередки запалення в порожнині рота та лімфоглоточному кільці глотки змінюють імунобіологічну реактивність організму та зумовлюють розвиток вторинних імунопатологічних станів та імунної недостатності.

Мікробіота ротової порожнини дуже гетерогенна і включає від кількох сотень до кількох тисяч різноманітних видів. Порушений баланс біоплівок

ротової порожнини формує схильність до багатьох стоматологічних та системних захворювань; бактеріальні спільноти відіграють вирішальну роль у підтримці фізіологічних, метаболічних та імунологічних функцій.

Нині відомо, що більше 99% бактерій існують у природних екосистемах над вигляді вільно плаваючих клітин, а вигляді прикріплених до субстрату біоплівки (Biofilms). Деякі дослідники вважають, що планктонну форму можна розглядати лише як спосіб переміщення мікробної клітини від однієї поверхні до іншої, тобто як короточасний стан у житті бактерій. Більш того, для жодного виду бактерій не описано існування тільки в планктонному стані за всіх можливих умов зростання.

Утворення біоплівки та їх функціонування – приклад складного соціальної поведінки бактерій, регульованої і керованої як сигналами з довкілля, та й міжклітинними зв'язками. В даний час явище міжклітинного спілкування бактерій, що отримало назву "quorum sensing" - QS (почуття кворуму), розшифровано та описано. Цей тип міжклітинного спілкування та утворення біоплівки відіграє ключову роль у взаєминах бактерій з живими організмами. Перевага колективної поведінки бактерій визначається глибокими змінами у метаболізмі бактеріальних клітин при досягненні ними певної критичної густини.

**Мета дослідження:** провести обстеження хворих на хронічну патологію глотки та лімфоглоточного кільця використовуючи дані кількісного визначення флори в осередку запалення та здатність даних мікроорганізмів утворювати біоплівки, здійснити пошук найбільш оптимальних препаратів, що впливають на біоплівки шляхом їх руйнівання.

Виходячи з опублікованих даних, частота інфекцій, зумовлених біоплівкою, становить 65-80%. Більше того, за деякими даними, понад 60% внутрішньолікарняних інфекцій пов'язані з мікроорганізмами, що перебувають у біоплівках. Видовий склад біоплівки у значній частині випадків представлений: *S.aureus*, *Enterococcus*, *Streptococcus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *E.coli*. Прикладом

статичного методу вивчення освіти біоплівки є культивування мікроорганізмів у 96-лункових пластикових планшетах.

**Методи.** Суть методу полягає в наступному: суспензію бактерій вносять в лунки планшета і після інкубації в оптимальних умовах планктонна фаза популяції бактерій видаляється разом з живильним середовищем, а біоплівку, що утворилася, виявляють різними методами. Наприклад, до методів, які візуалізують структуру мікробних співтовариств і дозволяють ідентифікувати мікроорганізми у складі біоплівок, слід віднести електронну мікроскопію, метод флюоресцентної гібридизації *in situ*, метод визначення оптичної щільності та ін. Найбільш простий із перерахованих є метод визначення оптичної щільності. Він і використовувався у наших дослідженнях.

**Матеріали.** Усього було обстежено 56 осіб із різною патологією глотки. Ми бачимо, що найбільшу біоплівку утворюючу здатність має *St. Aureus*. Найбільшою руйнівною здатністю біоплівок володіють речовини -дефлю в 27 випадках без розведення і в 6 випадках у розведенні 1: 10, бетадин у 24 випадках, з них 17 у розведенні 1:10, 6 у розведенні 1:20 та 1 випадок у розведенні 1:40 , пробіотичний препарат *Vac. Megaterium* - у 18 випадках, у розведенні 1:10 у 9 випадках.

У зіві 33 випадки виявлення *St. Aureus*, з них у 12 випадках біоплівка не утворюється, у 15 випадках утворюється помірної щільності та у 6 випадках високої щільності. Найбільш значущі лікарські речовини, які пригнічують біоплівкоутворювальну здатність наступні- лисобакт 21 без розведення, гексаліз 18 без розведення і 9 у розведенні 1:10, пробіотичний препарат *Str. Salivarius* 24 випадки без розведення, пробіотичний препарат *Vac. Megaterium* у 12 випадків без розведення.

Наступний за кількістю виявлений мікроорганізм-*Streptococcus viridans*. У зіві 56 випадки, з них у 12-ти біоплівки не утворюються, у 33 випадках помірні, у 6-ти щільні. За чутливістю до препаратів бачимо наступне - лисобакт 24 без розведення, 3 у розведенні 1:10; гексаліз 27 без розведення, 12 у розведенні 1:10, 3 у розведенні 1:20; пробіотичний препарат *Str. Salivarius* 30 випадків без



розведення, 15 випадків 1:10 та 9 1:20; *Vac. Coagulans* 15 без розведення, 3 у розведенні 1:10, 5 о 1:20; пробіотичний препарат *Vac. Megaterium* у 21 випадок без розведення, 6 у розведенні 1:10.

Решта мікроорганізмів висівалися в незначних кількостях. З них слід виділити найбільш патогенні мікроорганізми, такі як *Pseudomonas aeruginosa*, який у зіві висівався в 4 випадках, утворюючи щільні біоплівки і був не чутливий до жодного з досліджуваних препаратів. Так само бета ( $\beta$ )-гемолітичний стрептокок, який висівався у 5ти випадках, але біоплівки не утворював і відповідно чутливість до препаратів не визначалася.

**Висновки.** Метод визначення біоплівкоутворювальної здатності мікроорганізмів за оптичною щільністю матеріалу обов'язково потрібно дублювати кількісним посівом на флору та визначення чутливості до антибіотиків для більшої достовірності отриманих даних та можливим застосуванням антибіотиків, відповідно до чутливості у доповненні до лікування.

В результаті проведеного нами дослідження були виявлені мікроорганізми, з найбільшою здатністю до біоплівкоутворення, а також підібраний спектр медичних препаратів, які доступні та найбільш дієві в придушенні біоплівкоутворювальних здібностей мікроорганізмів, але бажано до кожного пацієнта підходити індивідуально.

Використовуючи отримані нами дані щодо препаратів, що пригнічують біоплівкоутворювальну здатність мікроорганізмів, ми вважаємо за можливе їх застосування в практиці, але проведена робота вимагає продовження та підтвердження на більшій кількості обстежуваних та пролікованих пацієнтів.

**Гіпертрофія шилоподібних відростків скроневої кістки,  
однобічні болі в горлі**

**С.М. Пухлик, А.П. Щелкунов, О.А. Щелкунов**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Шилопід'язичний синдром (Синдром Ігла-Стерлінга) – захворювання, причиною якого є подразнення шилоподібним відростком скроневої кістки навколишніх нервових, судинних і м'язових структур. Синдром проявляється хронічним болем у глибокому відділі бічної області обличчя, з одного або з обох боків, що іррадіює в корінь язика, глотку, піднебінні мигдалини з одної або з двох сторін і вухо, дисфагією, симптомами порушень кровообігу головного мозку. Діагностика гіпертрофії шилоподібного відростка і розвитку шилопід'язичного синдрому досить складна. У діагностиці ми використовували дані комп'ютерної томографії шилоподібних відростків з контрастуванням магістральних судин шиї та використанням функціональних проб, що дозволило нам з великою ймовірністю припускати про вплив подовжених шилоподібних відростків на судинно-нервовий пучок, появу больового синдрому.

**Мета дослідження:** розробка та удосконалення наявних, найбільш безпечних методик діагностики, диференціальної діагностики, лікування як консервативного, так і оперативного, хворих з данним синдромом та профілактики повторення больової симптоматики в майбутньому, та які будуть найбільш простими в виконанні.

**Матеріали та методи дослідження:** Робота, що нами провелася, спрямована на удосконалення та спрощення методів діагностики, консервативної та хірургічної терапії хворих з симптоматикою шилопід'язикового синдрому.

Для діагностики гіпертрофії шилоподібних відростків скроневої кістки і відповідно розвитку симптоматики синдрому у виляді, найчастіше, одностороннього болю в глотці нами була розроблена методика прицільного КТ-дослідження шилоподібних відростків з контрастуванням судинно-нервового

пучка для більш точного визначення впливу відростка на пучок, як у спокої, так і в русі (функціональні проби). Використовуючи дані досліджень, були розроблені методики консервативного та оперативного лікування хворих, визначено принципи диференціальної діагностики шилопід'язичного синдрому з іншими захворюваннями, що протікають з односторонніми болями в горлі.

Матеріалом для наших досліджень та зроблених пропозицій стало обстеження та лікування 228 пацієнтів за 11 -річний період. З них жінок було 161 (70,5%), чоловіків - 67 (29,5%), вік - від 25 до 70 років, 25-30 років - 26 осіб (11,6%), 30-45 років - 133 особи (59,3%). ), 45-60 років- 48 осіб (20,9%), 60-70 років- 21 осіб (8,0%); тривалість захворювання - від 1 до 10-15 років.

З 228 хворих на успішність лікування в 0 балів (відсутність скарг) оцінили 117 осіб (51,3%), у 1 бал - 62 (26,7%), у 2-3 бали - 34 особи (15,2%), у 4-5 балів - 15 пацієнтів (6.7%), тобто значного ефекту від лікування не досягнуто. Всім, хто має результат лікування, який оцінювався у 4-5 балів, було запропоновано хірургічний метод лікування - саме резекція шилоподібного відростка з боку його патології.

Прооперовано 15 осіб, враховуючи дані диференціальної діагностики, через передню піднебінну дужку із збереженням піднебінних мигдаликів.

Ключові слова: подовження шилоподібного відростку, біль в горлі, судинно-нервовий пучок, патофізіологічні механізми болю, тонзиллярна проблема та шилопід'язиковий синдром, функціональні проби, диференційна діагностика.

## **Профілактичне застосування респіраторного пробіотика streptococcus salivarius K12 у хворих з рекурентними тонзилітами**

**Тагунова І. К., Пухлик С. М., Андрєєв О. В., Богданов К. Г.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Запальні захворювання верхніх дихальних шляхів у дитячому віці є актуальною проблемою як для отоларингологів, так і для педіатрів, стоматологів. Це пов'язано з їх високою поширеністю, здатністю провокувати та підтримувати захворювання інших органів та систем організму [1]. Серед патологій верхніх дихальних шляхів у дітей чільне місце посідають запальні захворювання лімфоїдної тканини рото- та носоглотки [2]. Рекурентний тонзиліт (РТ) поширений у всіх вікових групах, але найбільша захворюваність відзначається у дитячій популяції. Віруси є найчастішою причиною захворювання (респіраторні віруси, ентеровіруси, герпесвіруси), 1/3 випадків мають бактеріальне походження, пов'язане з групою  $\beta$ -гемолітичних стрептококів (ГАС) – *Streptococcus pyogenes*, при яких антибактеріальна терапія є терапією першого вибору [3]. Резистентність мікроорганізмів до багатьох антибіотиків є однією з основних причин неефективності терапії, хронізації патологічного процесу, розвитку ускладнень з боку внутрішніх органів, формування стійкості не тільки бактерій-збудників, але і сапрофітної мікрофлори. Сучасним найбільш перспективним напрямом у терапії РТ є використання оральних пробіотиків, які мають потужну інгібуючу активність щодо патогенів, які викликають захворювання порожнини рота і ЛОР-органів.

**Мета роботи.** Оцінити ефективність застосування респіраторного пробіотика *Streptococcus salivarius* K12 «Бактобліс» у хворих на рекурентний тонзиліт бактеріального генезу.

**Матеріали та методи.** Проведено комплексне обстеження 45 пацієнтів віком від 10 до 16 років. Залежно від обраної схеми лікування, всі пацієнти були розподілені на 3 групи. Пацієнти першої групи під час рецидиву РТ отримували загально прийняту терапію за стандартними показаннями: антибіотики,

нестероїдні протизапальні засоби, місцеві антисептики. В другій групі пацієнти додатково, після проведення стандартної терапії, отримували респіраторний пробіотик за схемою: 1 таблетка 1 раз на день протягом 30 днів. Пацієнтам третьої групи, після проведення стандартної терапії, санували лакуни піднебінних мигдаликів методом вакуум-екстракції за допомогою апарату «Тонзиллор» (3-5 процедур), що дозволяло не тільки механічно видалити вміст лакун розчином антисептика, але й впливати на тканини мигдаликів ультразвуком, надаючи додаткову лікувальну дію, покращуючи мікроциркуляцію та обмінні процеси.

**Результати та обговорення.** Тривалість спостереження за результатами лікування пацієнтів трьох груп становила 9 місяців. У кожному триместрі реєстрували кількість епізодів загострень РТ, фіксували їх тривалість, проводили клінічну оцінку тяжкості перебігу захворювання, лікарського навантаження, проводили бактеріологічне дослідження на момент звернення хворого.

Кожен із спостережуваних мав від 5 до 7 загострень захворювання на рік (5,8 випадків). При дослідженні мікробного пейзажу верхніх дихальних шляхів у всіх хворих, включених у дослідження, були виявлені ізольовані *Streptococcus pyogenes*, у 65,3% - асоціації різних бактерій, з них: 29,2% - *Streptococcus viridans*, 17,2% - *Staphylococcus aureus*, 15,8% - *Staphylococcus epidermidis*, 1,8% - *Klebsiella pneumoniae*, 1,2% - *Escherichia coli*, 1% - *Pseudomonas aeruginosa*.

Аналізуючи кількість загострень по триместрах, ми відзначили досить стійкий і тривалий ефект у другій та третій групі пацієнтів протягом першого і другого триместрів, від початку спостереження, але у третьому триместрі, кількість епізодів захворюваності наростала, наближаючись до показників першої групи. Загальна частота рецидивів захворювання змінилася: у другій групі – 3,2 випадки, у третій – 1,1 за 90 днів спостереження.

При дослідженні мікробного пейзажу через 90 днів в результаті проведеного лікування у всіх групах спостереження зменшилася обсіменіння слизової оболонки ротоглотки представниками патогенної флори, зокрема  $\beta$ -гемолітичних стрептококів. Бактеріальна флора у першій групі хворих змінилася

незначно. У другій та третій групі хворих *Streptococcus pyogenes* виділяли як у монокультури, так і в асоціаціях у 32,3%. Асоціація різних бактерій була виявлена в 43% досліджень: 14,1% - *Staphylococcus epidermidis*, 19,1% - *Streptococcus viridians*, 7,3% - *Staphylococcus aureus*, 1,4% - *Escherichia coli*, 1,1% - *Klebsiella pneumoniae*. Після чого, застосовували респіраторний пробіотик *Streptococcus salivarius* K12 протягом 30 днів.

В жодному з досліджень, проведених за участю 60 осіб, які приймали пробіотик, не було відзначено побічних реакцій, пов'язаних із застосуванням препарату, індивідуальна непереносимість компонентів препарату не виявлена та загалом оцінена як хороша. Цей результат вказує на можливість більш частого та більш тривалого застосування пробіотика з профілактичною метою, особливо у хворих із частими рецидивами РТ. На підставі отриманих даних з метою підвищення ефективності лікування хворих, які страждають на рекурентний тонзиліт, запропоновано проводити санацію мигдаликів з подальшим застосуванням респіраторного пробіотика двічі на рік.

**Висновки.** Застосування *Streptococcus salivarius* K12 протягом 30 днів у дітей з рекурентними тонзилітами суттєво зменшує частоту захворювань РТ, тривалість та вираженість суб'єктивної симптоматики та об'єктивних змін з боку слизових оболонок верхніх дихальних шляхів, зменшує потреби в прийомі системних антибактеріальних препаратів, що попереджає розвиток антибіотикорезистентності, покращує мікробіом верхніх дихальних шляхів.

Отримані позитивні результати свідчать про раціональність застосування *Streptococcus salivarius* K12 для профілактики рекурентного тонзиліту та зниження частоти розвитку місцевих та загальних постстрептококових ускладнень у даній категорії пацієнтів. З метою підвищення ефективності лікування хворих з РТ, рекомендовано проводити санацію мигдаликів з подальшим застосуванням респіраторного пробіотика двічі на рік.

## **Оцінка операції тонзилектомії відносно різних видів знеболювання та з урахуванням застосування гемостатичної підтримки**

**Колесніченко В.В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Рецидивуючий тонзиліт вважається одним із найпоширеніших захворювань у галузі отоларингології. Тонзилектомія, як метод лікування рецидивуючого тонзиліту, виконується настільки часто та рутинно, що становить до 20% всіх хірургічних втручань у відділеннях отоларингології. Головними критеріями успішності тонзилектомії для хірурга є частота періопераційних ускладнень, довготривалі результати лікування та час відновлення пацієнта. Для пацієнта важливі такі критерії, як ступінь болю, психоемоційний стрес, тривалість перебування в лікарні та швидкість повернення до повсякденних справ. Серед факторів, що значно впливають на результат тонзилектомії, можна виділити такі, як вибір анестезіологічного забезпечення та періопераційну гемостатичну підтримку.

Наше дослідження мало на меті оптимізувати підхід до виконання тонзилектомії шляхом передопераційного застосування 10% розчину транексамової кислоти та оптимізувати підхід до вибору між ендотрахеальною анестезією та місцевою анестезією. Клінічні дослідження були проведені серед 212 пацієнтів з рецидивуючим тонзилітом, які перенесли двосторонню тонзилектомію. Пацієнтів було розділено на три групи. Перша група включала 54 пацієнтів, яким здійснювали тонзилектомію за допомогою ендотрахеальної анестезії із введенням транексамової кислоти в дозі 10 мг/кг ваги тіла. Друга група складалася з 97 пацієнтів, яким здійснювали тонзилектомію за допомогою місцевої анестезії без використання транексамової кислоти. Третя контрольна група включала 61 пацієнта, яким здійснювали тонзилектомію за допомогою ендотрахеальної анестезії без введення транексамової кислоти. Перша та контрольна група пацієнтів порівнювалися для оцінки ефективності використання транексамової кислоти. Були враховані фактори, такі як тривалість

операції, об'єм крововтрати, інтраопераційні події, кількість випадків первинного та вторинного кровотечі, а також лабораторні дані. Друга та контрольна групи порівнювалися для оцінки впливу анестезіологічного забезпечення. Ми розглядали такі фактори, як тривалість операції, об'єм крововтрати, інтраопераційні події, кількість випадків первинних та вторинних кровотеч, проводилась оцінка больового синдрому, необхідність введення знеболювальних препаратів, тривалість перебування в лікарні та період відновлення.

На основі проведених досліджень були зроблені наступні висновки. Використання місцевої анестезії під час двосторонньої тонзилектомії значно скорочує час операції та спрощує гемостаз порівняно з ендотрахеальним наркозом. Також виконання операції з місцевою анестезією супроводжується меншою крововтратою та зменшенням кількості інтраопераційних подій, що полегшує роботу хірурга та скорочує час втручання. При такому підході менша частота виникнення післяопераційних кровотеч. Пацієнти, яким виконували тонзилектомію з місцевою анестезією, відзначали менший рівень болю в післяопераційний період, менше потребу у знеболюючих препаратах та швидше відновлювались.

Відзначено, що анестезія типу ендотрахеального наркозу краще впливала на психоемоційний стан пацієнтів в післяопераційному періоді. Застосування транексамової кислоти 10% під час операції дозволяє значно скоротити час втручання та знизити об'єм крововтрати. Також це сприяє зменшенню частоти інтраопераційних ускладнень та післяопераційних кровотеч. Показано, що транексамова кислота 10% має менший вплив на зміни у рівнях продуктів лізису фібрину, D-димеру та розчинного фібрин-мономерного комплексу в крові.

Отримані результати дослідження дозволяють зробити висновок, що використання місцевої анестезії під час тонзилектомії з одночасним застосуванням транексамової кислоти 10% є ефективним методом оптимізації хірургічного процесу, забезпечує менший ризик ускладнень та сприяє швидшому відновленню пацієнта після операції. Рекомендується впровадження



цих підходів у практику тонзилектомії для поліпшення результатів лікування та зниження ризику ускладнень.

## **Динаміка зміни функціонального стану фагоцитарної системи нейтрофілів у хворих на цілорічний алергічний риніт**

**Богданов В. К.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** В сучасних умовах, у всьому світі, в тому числі і в Україні, спостерігається безперервне збільшення зростання захворюваності на алергічний риніт (АР), від якого страждають мільйони людей. Сучасна медикаментозна терапія дає можливість контролювати перебіг АР та зберегти повноцінну фізичну та соціальну активність, проте діє лише на окремі ланки патогенезу, не попереджаючи прогресування захворювання. Нещодавні клінічні дослідження встановили, що використання препарату Астмаган здатно збалансувати імунну відповідь [1,2]. Новий препарат Астмаган сприяє виведенню токсичних речовин із організму та нормалізації функціонування дихальних шляхів. Він є ліофілізованим порошком біомаси макроміцетів Трутовника (*Ganoderma lucidum* і *Ganoderma applanatum*).

**Ціль роботи.** Вивчення впливу препарату Астмаган на функціональний стан фагоцитарної системи нейтрофілів у хворих на цілорічний алергічний риніт.

**Матеріалі та методи.** Було обстежено 40 хворих на цілорічний АР, тривалість захворювання від 6 місяців до 2 років, з них 15 хворих (37,5 %) були чоловічої статі, а 25 хворих (62,5 %) - жіночої. Вік хворих був від 20 до 46 років. Основна група хворих була поділена на 2 підгрупи – пацієнти, які отримували базисну (топічний стероїд + антигістамінний препарат) терапію та пацієнти, які отримували базисну терапію + Астмаган. Контрольну групу становили 25 осіб. Було проведено дослідження функціонального стану фагоцитуючих клітин у

периферичній крові. Для дослідження використовувалася суспензія нейтрофілів, отримана шляхом відмивання на градієнті щільності 40 хв, 200 g).

**Результати та обговорення.** До лікування фагоцитарний індекс (ФІ) у хворих на АР становив  $37,3 \pm 3,6$  %, а фагоцитарне число (ФЧ) –  $2,1 \pm 0,1$  ум.од. Після лікування ці показники достовірно підвищилися, так, ФІ у групі хворих, які приймали Астмаган, досягло нормативного значення  $60,1 \pm 2,2$  % (у контрольній групі -  $57,5 \pm 5,6$  %). ФЧ у цій групі також досягло норми -  $37 \pm 0,16$  ум.од. (У нормі –  $3,8 \pm 0,06$  ум.од.) У групі хворих, які приймали базове лікування, ФІ також підвищився, але норми не досяг –  $49,2 \pm 5,8$  %, ФЧ –  $3,4 \pm 0,2$  ум.од.

Показники	Здорові (контроль)	Хворі на АР (базисна терапія)		Хворі на АР (базисна терапія + Астмаган)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ФІ %	$57,5 \pm 5,6$	$35,2 \pm 3,7$	$49,2 \pm 2,9$	$37,3 \pm 4,3$	$60,1 \pm 2,2$
ФЧ ум.од.	$3,8 \pm 0,06$	$2,2 \pm 0,23$	$3,4 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,09$	$3,8 \pm 0,16$

**Висновки.** Додавання до схеми комплексної терапії АР препарату Астмаган, що містить біологічно активні речовини, сприяє нормалізації функціонального стану фагоцитарної системи нейтрофілів.

### **Комплексна оцінка стану злоякісних новоутворень шкіри зовнішнього носа**

**Євчева А.Ф.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Відомо, що злоякісні захворювання є однією з найважливіших сучасних медико - біологічних і соціально-економічних проблем в світі і,

зокрема, в Україні. Рак є всесвітньою проблемою: близько 2,9 мільйонів нових випадків захворювань реєструється щорічно в розвинених країнах світу і ще понад 3 мільйонів – в тих країнах, що розвиваються.

Топічна і диференційна діагностика хронічних (передракових) станів, cancer in situ, а також ранніх стадій злоякісних пухлин є досить складним та непростим завданням, хоча клінічні прояви захворювань у вигляді зміни кольору та розмірів новоутворень спостерігаються достатньо рано. І на цьому етапі хворі не завжди звертаються за медичної допомогою. Але ці клінічні ознаки можуть вже свідчити про агресивність процесу.

Сьогодні клінічна семіотика та різні методи діагностики (крім патоморфологічного дослідження) дозволяють у 100% випадків визначити підозру. Перебіг новоутворення шкіри зовнішнього носа у зв'язку з агресивністю процесу дуже часто розповсюджується на хрящову та кісткову тканину, а також може метастазувати в головний мозок, в орган зору та легені.

**Мета дослідження.** Оцінити результати діагностування пухлинного ураження шкіри зовнішнього носа на основі аналізу клінічної, інструментальної семіотики: дерматоскопії і термодиференційного тесту в порівнянні з морфологічним дослідженням.

**Матеріал та методи дослідження.** В дослідження залучено 60 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа. Із них 30 жінок і 30 чоловіків у віці від 56 до 80 років. Дослідження виконано в умовах Лор онкологічного відділення міської клінічної лікарні №11, місто Одеса. Всім пацієнтам проводили всебічне клінічне обстеження, яке включало крім вивчення анамнезу (тривалість виникнення новоутворення шкіри, термін зміни кольору, розміру та форми), також оцінювали клінічну семіотику за допомогою дерматоскопії, термодиференційного тесту та морфологічного висновку.

Із анамнезу дізнавалися, спостерігалися лі у близьких родичів хворих такі новоутворення шкіри, які зазвичай оцінювалися як родимки і тому не звертали увагу. Також дізнавалися, були лі довгий час різні фізичні подразнення, які могли сприяти розвитку і агресії пухлинного ураження. Хворі вказували, що на ранніх

стадіях розвитку новоутворення шкіри мали рожеву болючу пляму, яка на протязі пролонгованого часу не загоювалася і супроводжувалося незначною кровотечею та свербіжем і формувалася виразка. По третє - хворі підкреслювали, що збільшення новоутворення в розмірі та зміна їх кольорового відтінку викликало в них страх виникнення онкологічного ураження шкіри зовнішнього носа: меланоми, або раку шкіри. І тільки в таких випадках психоемоційний стан спонукав хворих звернутися за медичної допомогою.

**Результати дослідження.** Із залучених 60 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа у 22 (36,7%) був БКРШ і 36 (60 %) ПКРШ і дві (3,3%) пацієнтки з меланою. Об'єктивно у наших хворих дійсно був такий перебіг клінічних ознак: нерівномірний колір пігментації новоутворення, які мали включення темних відтінків коричневого або рожевого кольору від розмитих країв, до їх зубчатих змін, збільшення форми пігментної плями та розмір (більш ніж 6 мм). Ці ознаки були характерні для 3,3% наших пацієнтів у яких морфологічно підтверджена меланома. Хворі були направлені в інститут раку України. Клінічна семіотика БКРШ: для 22 хворих виглядала як повільно зростаючий, блискучий рожевий або червоний клубок покритий лусочками, але з часом такі новоутворення стають твердими, можуть кровоточити або перетворюються в виразку. Другий вид злоякісного ураження шкіри зовнішнього носу у 36 досліджуваних був плоскоклітинний рак (ПКРШ) (синоніми: сквамозноклітинна карцинома, плоскоклітинна епітеліома, епідермічний рак, спиноцелюлярній рак). ПКРШ складається з аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри. Клінічна семіотика: виглядає як жовта луската ділянка шкіри з ніжною поверхнею, що починає кровоточити від легкого дотику. На місці такого ураження з часом утворювалася тяж виразка. Ця клінічна семіотика обох злоякісних утворень підтверджена мікроскопією (дерматоскопією), яка проводилася за допомогою мікроскопа з фіксацією клінічної семіотики. Термодиференційний тест теж підтвердив злоякісність досліджуваних новоутворень, результат був позитивним. Суть тесту – це біологічний тест заснований на різниці температур між здоровими ділянками

шкіри та пухлиною. Тільки при різниці температури більш за 1 градус, тест оцінюється як (+) позитивним. Дослідження проводилося за допомогою електротермометру. Проводилося точкове вимірювання температури ураженого частка. Результат дослідження оцінювали як позитивний, коли середня різниця температур (із 8 – 10 точках пухлини) була вище + 10.

Обговорення результатів дослідження Запропонований комплексний спосіб оцінки новоутворення шкіри на основі аналізу об'єктивної клінічної семіотики, дерматоскопії та термодиференційного тесту у хворих дозволив встановити клінічний діагноз. Морфологічне дослідження підтвердив у 100% хворих клінічний діагноз – ПКРШ і БКР. Цей комплексний спосіб діагностики має суттєві переваги над окремими та поодинокими діагностичними критеріями при оцінці ознак новоутворень шкіри.

Висновки для встановлення остаточного діагнозу злоякісного захворювання шкіри потрібен обов'язково морфологічне дослідження.

## **Клінічні види та ознаки злоякісного новоутворення шкіри зовнішнього носа та обличчя**

**Євчева А. Ф.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Сьогодні, відомо, що злоякісні новоутворення складаються з аномальних клітин епітелію шкіри. Частина злоякісних новоутворень розвивається з плоского епітелію, що складає найбільший відсоток захворювань і зветься плоскоклітинний рак шкіри (ПКРШ).

Клінічні ознаки таких злоякісних новоутворень шкіри схожі у кінцевому вигляді.

Так, плоскоклітинний рак шкіри (ПКРШ) – це пухлинне ураження шкіри у вигляді екзофіту, розмір різний і коли захворювання розповсюджується, тобто

збільшується в розмірі пухлина може уражувати хрящову або кісткову частину обличчя та тіла людини.

Клінічно такий рак виглядає як жовта луската ділянки шкіри з ніжною поверхнею, що починає кровоточити від легкого дотику. На місці такого ураження потім формується виразка, яка теж кровоточить при дотику.

Другий вид злоякісного новоутворення шкіри виростає з базального шару епітелію і росте дуже повільно і зветься базальноклітинний рак шкіри (БКРШ). Він теж реєструється в значній кількості. Це захворювання де якими лікарями трактується як доброякісне захворювання. Але в світі та Україні БКУШ визначено, як злоякісне новоутворення.

Клінічно такий рак виглядає як повільно зростаючий, блискучий рожевий або червоний клубок. Карцинома може вкриватися лусочками, але з часом таке новоутворення стає твердим може кровоточити або перетворюється на виразку, яка теж кровоточить.

І третій вид захворювання шкіри, яке супроводжується з ураженням клітин меланоцитів, які розташовані в епідермісі (у верхньому шарі шкіри) розвивається меланома шкіри (МШ). Ці клітини виробляють меланін. До розвитку меланоми призводить неконтрольований поділ меланоцитів. Новоутворення з меланоцитів шкіри перебігає особливо злоякісне й агресивно, тому розглядається як меланома. Меланому слід диференціювати з великими старечими бородавками, вони пігментовані й вкриті товстим кератиновим шаром. Агресивність меланоми обличчя проявляється з часом метастазуванням в головний мозок, орган зору та легень. Ця злоякісна пухлина призводить до швидкої інвалідності та смерті хворого.

Сьогодні відомо, що морфологічно потрібно відрізнити такі типи злоякісних новоутворень шкіри, які позначаються літерою G.

G1 високодиференційований рак, G2 помірнодиференційований рак, G3 низькодиференційований рак і G4 недиференційований рак. Ця міжнародна класифікація відображає чутливість до вибору способу лікування.

**Висновок.** Наприклад, всі типи раку шкіри підлягають хірургічному, комбінованому або комплексному лікуванню. Тому правильний і швидкий вибір способу лікування повинен бути спланованим і від своєчасного використання способу лікування залежить не тільки ефективність його але і життя хворого, особливо з меланомою.

### **Анатомічні та фізіологічні особливості будови ротоглотки в розрізі частоти розвитку злоякісних їх захворювань**

**Євчев Ф.Д. Пухлік С. М., Вальда В.В., Пилипюк М.В., Євчева А.Ф.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** У зв'язку з тим, що лікуванням хворобі ротоглотки займаються сьогодні оториноларингологи і стоматологи, то потрібно добре знати анатомію і фізіологію органів ротоглотки.

**Ціль роботи** – показати практичне і фізіологічне значення анатомічних структур ротоглотки у здорової людини.

**Матеріал та методи.** Так, у житті ротова порожнина використовується для прийому їжі, для утворення звуків і для дихання. Ротова порожнина обмежена з боків щоками, зверху твердим піднебінням і частково м'яким, знизу - язиком і м'язово-перетинчастою стінкою, що йде від нижньої щелепи до під'язикової кістки. Ротова порожнина має отвори: передній утворений губами, задній, так званий *isthmus faucium* з'єднує ротову порожнину з глоткою. Цей задній отвір утворений піднебінними дугами (*arcus palato-glossus* і *palato-pharyngeus*), що йдуть від язичка (*uvula*) вниз до кореня язика. Ротова порожнина підково подібно зімкнута верхньою і нижньою щелепою ділиться на дві нерівні частини: 1) менший, розташований спереду і зовні і від альвеолярного краю (*tear*, зубів — пристінок (*vestibule moris*), і 2) більший – всередині від зубів, власне ротової порожнини (*cavum moris*); обидві частини з'єднуються між собою через щілину між заднім краєм і коронарними відростками нижньої щелепи.

Щічні і губні ділянки вистелені слизовою оболонкою, яка переходить на альвеолярні відростки верхньої і нижньої щелепи і утворює ясна (*gingivae*).

Слизова оболонка через щілини між зубами переходить на тверде піднебіння, язик та зливається зі слизовою оболонкою зіву і глотки. На середині верхньої і нижньої губи слизова оболонка утворює складку (вуздечку) - *frenulum labii superioris et inferioris*.

На рівні другого великого корінного зуба верхньої щелепи в слизову оболонку щоки відкривається вивідний проток привушної залози (*ductus stenoianus*).

Слизова оболонка ротової порожнини вкрита багат шаровим плоским неороговілим епітелієм і багата слизовими залозами ацинозної структури, видільні отвори яких мають вигляд точок. Слизова оболонка ротової порожнини на різних ділянках має неоднакову щільність. Кісткова частина твердого піднебіння вкрита слизовою оболонкою настільки щільною, особливо по краях, що може замінити кісткову її частину, якщо видалити тверде піднебіння.

М'яке піднебіння є продовженням твердого піднебіння, воно утворює рухому перегородку між ротовою порожниною і глоткою. У піднебінній завісі виділяється язичок і бічні дужки. Язичок, яка лежить по середній лінії, має конічну форму. З кожного боку є по чотири дужки :по дві дужки з кожної сторони: одна передня, інша задня. Між передньою і задньою дужками знаходиться тонзиллярна область - *regio tonsillaris*. М'язів в м'якому піднебінні 10, по 5 з кожного боку. По середній лінії м'якого піднебіння лежить непарний м'яз - *m. azygos uvulae*, один кінець прикріплений до *spina nasalis posterior*, а інший закінчується вільно на нижньому краю язичка. М'яз, що напружує піднебінну завісу(*m. tensor veli palatini*), йде від основної кістки до заднього кінця твердого піднебіння, переплітаючись з сухожиллями протилежної сторони і утворюючи апоневроз м'якого піднебіння.

М'яз, яка піднімає м'яке піднебіння (*m. levator veli palatini*), починається з області евстахієвої труби і прикріплюється до апоневрозу м'якого піднебіння.



Нижня стінка ротової порожнини - це язик, який заповнює практично всю ротову порожнину зімкнутими щелепами; Він служить органом смаку, мови і бере участь в актах смоктання, жування і ковтання.

У язика визначають рухому частину, або сам язик, і нерухомою його частиною - коренем. Корінь язика складається з парних м'язів: *m. genio-glossus* і *m. hyo-glossus*. *M. genioglossus* розташовується в товщі язика і прикріплюється до нижньої щелепи (*spina mentalis interna*). *Musculus hyo-glossus* прикріплюється, як випливає з назви, до під'язикової кістки (*os hyoideum*). Цей м'яз піднімає під'язикову кістку і одночасно гортань, що використовується при ларингоскопії. Респіраторний рефлекс викликається розтягуванням язика, яке використовується під час наркозу або при допомозі потонулим.

До складу язика також входять м'язи *stylo-glossus*, *palatoglossus* і *pharyngo-glossus*, які пов'язують його з сусідніми анатомічними утвореннями, а також власні м'язи язика, що починаються і закінчуються в його товщі: парні *m. lingualis transversus* і *unpaired — t. lingualis longitudinalis*.

На глотковій частині язика (корені язика) лежить так звана четверта мигдалина, особливо розвинена у дітей. Іннервація четвертого мигдалеподібного тіла відбувається з трійчастого, глософарингеального, блукаючого, під'язикового і верхнього шийного симпатичного стовбура (М. Ф. Багрянська). Четверта мигдалеподібне тіло іноді є джерелом рефлекторних неврозів.

**Результати та обговорення.** Межею між ротовою і глотковою частинами язика є великі, укладені валиком, смакові сосочки, розташовані у вигляді літери V (*papillae circumvalatae*). За трикутником, утвореним цими смаковими сосочками, лежить *foramen coecum* у вигляді неглибокої ямки або сліпого мішечка – облітерованої протоки *thyreo-glossus*. Уся поверхня язика вкрита незліченними ниткоподібними сосочками (*papillae filiformes*), що надають язика шорсткий вигляд; Між ними є грибоподібні, а також смакові сосочки (*papillae fungiformes*). З боків язика розташовані *papillae foliatae* Язик і дно ротової порожнини з'єднані загальною слизовою оболонкою.

Слизова оболонка основи язика з'єднана з надгортанником трьома складками (plicae glosso-epiglotticae); між цими складками знаходяться заглиблення valleculae, в яких часто застряють чужорідні тіла.

Нижня частина язика з'єднується з дном ротової порожнини за допомогою вуздечки язика - frenulum linguae. По обидва боки вуздечки є горбок з крихітним круглим отвором на верхівці - виходом вартонової протоки підщелепної слинної залози (ductus Warthonianus gl. submaxillaris). Сама підщелепна залоза лежить під m. mylo-hyoideus. Над цим м'язом під слизовою оболонкою поруч з вивідною протокою gl. submaxillaris лежить під'язикова залоза (gl. sublingualis), яка виступає слизовою оболонкою у вигляді plica sublingualis, де відкриваються вивідні протоки цієї залози.

У слинних залозах через випадання солей іноді утворюються так звані «слинні» камені, що перешкоджають витоку слини. При неможливості мимовільного виділення слини камінь слід видалити хірургічним шляхом.

Зуби. Розвиток зубів починається на 38-40-й день ембріонального життя.

Зуби бувають молочними і постійними. Молочних зубів - 20; Прорізуються вони в наступному порядку: центральні різці - на 6-8-му місяці життя малюка, бічні різці - на 8-12-му місяці. Перші молочні моляри - 12-16 міс, ікла - на 16 - 20-му міс, другі молочні моляри - на 20-30-й, місяць. Прорізування молочних зубів закінчується до 3-го року життя. Іноді нижні різці існують вже при народженні. Їх слід видалити, так як вони можуть травмувати сосок при грудному вигодовуванні.

Прорізування зубів полягає в поступовій появі зубної коронки над поверхнею ясен. Першими прорізуються нижні різці, потім верхні. Коли зуб прорізується, слизова оболонка ясен поступово стоншується. Прорізування зубів супроводжується у дітей бажанням кусати тверді предмети, іноді «слиновиділенням». При рахіті прорізування зубів дещо затримується.

Постійних зубів 32: 8 різців, 4 ікла, 8 дрібних корінних зубів і 12 великих корінних зубів. Друге прорізування починається на 7-й рік, триває до 13-14 років. Зуби мудрості прорізуються в 18-20-й рік. Іноді прорізування цих зубів

затримується (ретенція). Крім того, найчастіше затримується виверження іклів і бічних різців.

Верхня зубна дуга зазвичай більша і ширша за нижню, а коли передні зуби змикаються, вони прикривають нижні. Верхній і нижній ряд зубів торкаються. У дитини можуть розвинутися аномалії артикуляції у вигляді випинання верхньої або нижньої щелепи (прогнатизм и прогенизм). Серед ряду причин, що впливають на аномалію розвитку зубної системи, слід зазначити, що порушується носове дихання.

Васкуляризація рота і мова. У м'язах і слизовій оболонці піднебіння відгалужується а. pterygo-palatina от а. maxillaris internaе. Артерія, яка супроводжується нервом, виходить з крило-піднебінної ямки і через отвір palatinum posterius, розташований на межі твердого і м'якого піднебіння, спрямована ззаду паралельно коміркового краю верхньої щелепи до foramen palatinum posterius Під час операцій (уранопластики, вирізання клаптя слизової оболонки твердого піднебіння) необхідно зберегти а. palatina,, щоб не виник некроз лоскоти. З інших судин слід звернути увагу на а. pharyngo-palatina, що походить від а. maxillaris internaе, і а. pharyngea ascendens.

Язик кровопостачається язичною артерією від а. Carotis externaе. Венозна кров ротової порожнини впадає в систему v. facialis і в v. jugularis interna.

Лімфатичні судини впадають в глибокі шийні лімфовузли, підборідні і підщелепні. Лімфатичні судини язика широко анастомозують один з одним. При патологічних процесах однієї сторони в процес можуть втягуватися лімфатичні вузли іншої сторони.

**Висновки.** Ми пов'язали розвиток злоякісного ураження анатомічних утворень ротоглотки з дуже інтересним (цікавими) і маючи велике клінічне та практичне значення, і тому було прийнято рішення виділити, тобто описати і показати окремим повідомленням. Інше повідомлення показано в тезису яке зветься «клінічна симптоматика та лікування злоякісних новоутворень ротоглотки».

## **Клінічна симптоматика та лікування злоякісних новоутворень ротоглотки**

**Євчев Ф.Д., Пилипюк М.В., Пухлік С. М., Євчева А.Ф.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Знання анатомо-фізіологічних особливостей ротоглотки допомагає клініцисту і патоморфологу зрозуміти можливий патогенез захворювання, а клініцисту також правильно встановити діагноз і визначитися з тактикою лікування. В рото глотці розташовано лімфо глоткове кільце Вальдейєра – Пирогова. Це кільце описано у 1810 – 1881 рр. Вальдейєр. Вільгельм Вальдейєр (1836-1921) - німецький анатом і гістолог.

Захворювання можливо в результаті запалення, або добро і най важливо при злоякісному розвитку утворень анатомічних структур рото глотки.

**Ціль роботи.** Визначити основні клінічні ознаки злоякісного утворення структур ротоглотки та їх лікування.

Своєчасна діагностика залежить від професіоналізму лікарів. Тут повинна бути онкобезпека лікарів. Сьогодні, злоякісні новоутворення рото глотки зустрічаються дуже часто і складають перше місце серед захворювання органів шиї та обличчя.

**Матеріал та методи.** Сьогодні рак ротоглотки (рак язика, порожнини рота та ротоглотки) збільшився в Одеській області і складає приблизно 387 – 427 випадків за рік.

Відомо, що рак рото глотки протікає довгий час без скарг, крім періодичного болю і почуття стороннього тіла при ковтання слини та їди. Тому на ранніх стадіях розвитку злоякісного захворювання хворі і сімейні лікарі призначають місцеве лікування та антибіотики. Стан хворого поліпшується не значно, але скарги зберігаються і потім проявляється утруднене відкривання рота, за рахунок тризму жувальних м'язів і тоді хворі скаржаться на постійну біль у глотці та нижньощелепного суглобу. З анамнезу потрібно визначити є у хворого шкідливі звички: паління та зловживання алкоголю та інші причини.

Це підтверджує низьку медичну культуру пацієнта. Більш 70% хворих вказують, що хворіють більше пів року. При цьому об'єктивно вже чітко визначалася при фарингоскопії не тільки підозра на злоякісне новоутворення, але вже була впевненість у розвитку злоякісного новоутворення. Злоякісне новоутворення може бути за рахунок не тільки за збільшення органу у вигляді екзофітного утворення, але і наявності виразки в центрі пухлини. При цьому хворі скаржаться на появу крові в слині.

Потрібно пометати, що морфологічна структура, тобто диференційовку слід визначити на до лікувального стані. Від диференційовки залежить і протокол призначення лікування.

**Результати та обговорення.** Так, нагадуємо, що існує чотири типу злоякісного ураження рото глотки. Це G1 високодиференційований рак, G2 помірно диференційований рак, G3 – низкодиференційований рак і G4 – не диференційований рак. Ця морфологічна класифікація є міжнародною і обов'язково відзначається в протоколі лікування. Ефективність лікування злоякісних новоутворень рото глотки залежить від морфологічної диференційовки новоутворення.

Сьогодні найефективніше є хіміопроменева терапія. Ця терапія використовується при злоякісних новоутворень піднебінного мигдалика, коріння язика, бокової поверхні язика, особливо за частотою на рівні тонзиллярної ніши. При цьому пухлина може розповсюджуватися на піднебінний мигдалик та його дужки і тоді стадія може складати T4.

Крім основного хіміопроменевого лікування можливо проводити і кріодеструкцію пухлинного ураження в період проведення основного лікування. Але і при залишкових пухлинах можливо провести і хірургічне лікування. але хірургічне втручання залежить від G.

**Висновки:** своєчасна морфологічна діагностика і проведення спеціального хіміопроменевого лікування, а при залишкових пухлинах і задовільних станах хворого можливо хірургічне лікування.

## **Особливості клініки та діагностики раку ротоглотки**

**Пухлік С.М.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Ротоглотка є областю, яка добре доступна для огляду як лікарем, так і пацієнтом. Однак симптоми пухлини бувають настільки слабо вираженими, що перехід хронічного запалення в злоякісний процес часто залишаються непоміченими ні фахівцем, ні хворим. Онкологи називають ротоглотку «безмовною областю».

Про складнощі діагностики злоякісних пухлин ротоглотки свідчить велика кількість запущених випадків (60-70%). Серед цих пацієнтів майже відсутній больовий синдром, майже немає інших занепокоєнь протягом 3-5 місяців, внаслідок чого вони не звертаються за медичною допомогою. За наявності симптомів захворювання (біль, інфільтрація тканин, збільшення лімфатичних вузлів) у 30% випадків має місце помилкова діагностика, у зв'язку з чим проводять антибактеріальну терапію, фізіотерапію, нерадикальні хірургічні та втручання (розрізи, тонзилектомію, видалення лімфатичних вузлів).

Про перші симптоми захворювання слід судити за результатами анамнезу. Хворі вказують на часті ангіни, першіння в горлі, що періодично з'являється утруднення при ковтанні.

Одним з найбільш доступних методів дослідження є огляд, що включає пряму фарингоскопію, непряму гіпофарингоскопію, пальпацію, проведення якої під місцевою аплікаційною анестезією дає додаткову інформацію про розміри пухлини і напрями її зростання. В області м'якого піднебіння величина пухлини може бути оцінена у трьох вимірах, з урахуванням її товщини.

Нами на великому клінічному матеріалі проведено аналіз скарг та клінічної картини первинного пухлинного процесу у ротоглотці при їх первинному зверненні.

У більшості хворих (60%) основною скаргою був односторонній біль у глотці, що посилюється при ковтанні. Цей симптом був також характерною

скаргою при синдромі Ігла (шило-під'язиковий синдром). На утруднене ковтання, почуття стороннього тіла та незначну болючість вказали 20% пацієнтів. Регіонарний метастаз як основний прояв хвороби (пухлина на шиї) був виявлений у 19% хворих. Ці метастази часто (до 10%) існують довго без інших симптомів протягом 6-12 місяців. Такі метастази ще називають «дрімаючими».

При раку піднебінних мигдаликів у 29% хворих основною скаргою були «пухлина на шиї». При раку кореня язика цей показник був 13%, піднебінних дужок -15%, м'якого піднебіння - 15%, задньої стінки глотки - 25%.

Дисфагія найчастіше була відзначена при раку кореня язика (20%) та задньої стінки глотки (25%).

Біль є найчастішим симптомом пухлин всіх локалізацій і становив від 50 до 70% серед інших показників.

Серед усіх відділів ротоглотки екзофітні форми росту пухлин найчастіше зустрічалися в області піднебінних мигдаликів (31%), задньої стінки глотки (32%), рідше в області кореня язика (22%), піднебінних дужок (21%) та м'якого піднебіння (27%).

Виразково-інфільтративні форми росту пухлин ротоглотки зустрічалися у 45% випадків, виразкові – 28%, екзофітні –26%). Виразково-інфільтративна форма зростання в області кореня язика зустрічалася в 64% випадків, піднебінних мигдаликів – 45%, піднебінних дужок – 47%, м'якого піднебіння – 15%, задньої стінки глотки – 6%.

Таким чином, діагностика ранньої стадії раку ротоглотки утруднена у зв'язку з відсутністю або невиразністю симптомів захворювання, а також недостатнім рівнем онкологічної настороженості лікарів різних рівнів – сімейних лікарів, стоматологів, оториноларингологів.

## **Основні причини розвитку злоякісних пухлин шкіри зовнішнього носа, обличчя та тулубу**

**Пухлік С. М., Євчева А.Ф.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** В даний час зріст захворюваності раком шкіри відмічається у всьому світі. Так за даними Schart F.M., Gabbe С захворюваність раком шкіри у Німеччини серед чоловіків уступає тільки раку легень, а серед жінок – рак молочної залози і складає 93,4 і 55,8 на 100 000 населення. Так у державах СНГ злоякісні пухлини шкіри займають 3-є місце (після раку легень та шлунка) при цьому частота раку шкіри у чоловіків складала 9,8%. У жінок рак шкіри зустрічався в 13, 6%, займає друге місце після раку молочної залози.

Сьогодні в Україні за даними канцер реєстру серед чоловіків становить 40,6 на 100 тис. населення і посідає першу позицію серед усіх злоякісних новоутворень, а серед жінок – 49,7 на 100 000 населення і складає другу сходинку після раку молочної залози.

**Ціль роботи.** Визначення загальних причин розвитку злоякісного утворення ротоглотки.

**Матеріал та методи.** Не дивлячись на удосконалення методів діагностики та лікування, абсолютна частота випадків смерті від раку практично не змінюється вже довгі роки. Відомі три типи злоякісного ураження шкіри. Це базальноклітинний рак (БКРШ), плоскоклітинний рак шкіри (ПКРШ) і меланома шкіри (МШ). Важливим фактором виникнення раку шкіри є вік. Так у дітей рак шкіри зустрічається дуже рідко, однак у дорослих частота різко збільшується. Чоловіки хворіють частіше ніж жінки. Так, Р.Р. Vitaliano и F. Urbach визначали що важливо значення в структурі раку шкіри має колір шкіри людини. Найбільш часто хворіють плоскоклітинним раком шкіри люди зі світлою шкірою та волоссям.

**Результати та обговорення.** Сьогодні відомо, що злоякісні захворювання шкіри завжди виникають у людей які довгий час зазнали дії сонячного



опромінення. За даними наукових досліджень рак шкіри має зв'язок з зростаючими сумарними дозами сонячної експозиції, незалежно від її типу, а також з попередніми сонячними опіками. У таких випадках спостерігаються мутації гена TP53, який є одним з ключових генів супресорів пухлинного росту. Плоскоклітиний рак шкіри може розвинути на клінічно здоровій шкірі, але частіше виникає на фоні різних патологічних станів: осередкової рубцевої атрофії, на рубцях після опіків, травм і променевих ушкоджень, а також хвороби Боуена, еритроплазії Кейра, туберкульозного вовчака та інших хронічних запальних захворювань шкіри. Провокуючим фактором може слугувати дія канцерогенних речовин (кам'яновугільна смола, пек, миш'як, сажа, парафін, неочищений гас, креозот, мінеральні олії), які викликають запалення, гіперплазію і атрофію клітин на контактних ділянках шкіри. На цьому тлі з'являються осередкові проліферати, що переходять в злоякісну пухлину. Є повідомлення про розвиток ПКРШ у хворих псоріазом після Пува терапії, фотохіміотерапії, у хворих, які отримували променеву терапію, в тому числі опромінення Буккі та електронне випромінене. Розвиток ракової пухлини спонукає пролонговане механічне подразнення та пошкодження шкіри, місцеве лікування лікарськими препаратами, які містять хлорметин, миш'як та ртуть.

Пацієнти з імуносупресією схильні до більш високого ризику розвитку ПКРШ. Наприклад, пролонгована імуносупресивна терапія є фактором розвитку швидко прогресуючого раку на відкритих ділянках шкіри хворих після органних трансплантаціях, що пов'язані зі зниженням ефективності імуного контролю за канцерогенними процесами, що проходять в шкірі.

Крім того, ПКРШ асоційований з HPV - інфекцією кератиноцитів. Вірус папіломи людини типів 16, 18, 31, 33, 35 і 45 викликають ПКР вульви та статевого члену.

**Висновки.** Виявлення прояви первинного злоякісного процесу є важливим моментом в профілактиці рецидиву та метастазування пухлини. Частота метастазування ПКРШ залежить від того, на тлі якого захворювання виникла пухлина. Метастазування плоскоклітинного раку, що виникає на тлі актинічного

кератозу, виникає у 0,5% випадків, метастазування раку, що виник на рубцях складає більше 30%, а в вогнищах пізнього рентгенівського дерматиту біля 20%.

## **Гіпертрофія лімфоїдної тканини глоткового кільця на фоні гіпомагніємії у дітей. Методи корекції**

**Андрєєв О. В., Пухлік С. М., Тагунова І. К., Богданов К. Г.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Патологія ЛОР-органів, хронічні інфекції з часом можуть впливати та поширюватися на інші органи та системи. Обструктивна гіперплазія верхніх дихальних шляхів, утруднене носове та переважне ротове дихання, призводить до деформації лицевого скелета та іншим проблемам, що розглядаються в контексті стоматологічної патології. В той же час патологічні стани, що виникають при дефіциті магнію (Mg), впливають на розвиток обструктивної гіперплазії лімфоїдної тканини глоткового кільця у дітей [1,2], деградацію колагенових, еластичних волокон, що викликають зміну навколишніх тканин, деформацію твердого піднебіння, прикусу, що перешкоджає нормальній артикуляції звуків.

На думку деяких авторів, розвиток таких змін в піднебінних, глоткових мигдаликах, тісно пов'язаний з Епштейна–Барр (ВЕБ) вірусною інфекцією [3,4,7], що розвивається на тлі спадковообумовленого або набутого імунodefіциту. В той же час, дефіцит магнію впливає на ефект противірусного захисту, оскільки він необхідний для активації природних кілерів (NK) та CD-8 клітин при хронічній ВЕБ інфекції [6,7]. Однак, незважаючи на високу поширеність вірусної інфекції в аденоtonsиллярній тканині, метод виявлення вірусів та подальшого індивідуального лікування, залишається не завжди доступним в рутинній практиці. Тому актуальним залишається питання пошуку методів профілактичного лікування, спрямованого на підтримку противірусної імунної відповіді.

**Ціль роботи.** Оцінити ефективність корекції дефіциту магнію у дітей з рецидивною вірусною інфекцією та гіпертрофією лімфоїдної тканини глотки.

**Матеріали та методи.** Проведено відкрите порівняльне дослідження, що включило 30 пацієнтів з гіпертрофією глоткового та піднебінних мигдаликів з підтвердженим інфікуванням слизової носо- та ротоглотки ВЕБ, які були емпірично розподілені на 2 рівні групи. Вік пацієнтів від 3 до 8 років. Усіх пацієнтів обстежили на наявність ДНК ВЕБ у різних біологічних матеріалах (букальний, ротоглотковий) методом ПЛР, ІФА сироватки крові на антитіла до вірусу Епштейна-Барр, застосовані колориметричні методи визначення рівня магнію (Mg) в крові, у сечі.

**Результати та обговорення.** Протягом останніх трьох років нами проведено роботу з вивчення клінічної ефективності та переносимості органічних солей магнію у дітей з рецидивною вірусною інфекцією, гіперплазією лімфоїдної тканини. Пацієнти, інфіковані вірусом ВЕБ, у більшості випадків мали рекурентні респіраторні інфекції, збільшення шийної групи лімфовузлів, гіпертрофію глоткового мигдалика, рецидивні отити, зниження слуху. Антибіотикотерапія виявилась ефективною при лікуванні гострих проявів цих захворювань, проте в подальшому було встановлено, що використання антибіотиків істотно не знижує частоту рецидивів, формування хронічного ураження лімфоїдної тканини глоткового кільця. У першій групі проводили базову терапію препаратами з протівірусною та імуномодельною активністю. У другій групі, крім базової терапії, застосовували тривале курсове призначення препаратів органічного магнію, бальнеологічне лікування.

Отримані дані показують, що призначення органічних солей магнію має виражену клінічну ефективність, що виявляється вже через 14 днів від початку лікування інтоксикаційного синдрому, що проявляється в більш швидкому зникненні лихоманки і проявів гострого процесу у горлі, впливає на рівень вірусної активності вже через 1 місяць від початку лікування. У дітей, які отримували разом з базисною терапією препарат, що містить магній, через один місяць від початку лікування антитіла до ВЕБ IgM VCA були виявлені у 72,5%

хворих, ДНК ВЕБ у крові – у 65%, у той час як у дітей, які отримували лише базисну терапію, у 92,5% та 72,5% випадків відповідно. Тривале курсове призначення препаратів органічного магнію, бальнеологічних процедур, які забезпечують активне засвоєння шкірою лікувальних компонентів, що містять магній, призводять до скорочення кількості рецидивів вірусної інфекції у дітей, виразності гіпертрофічних процесів лімфоїдної тканини та зниження кількості супутніх захворювань, зменшення числа хірургічних втручань на лімфоїдній тканині глотки. Це підтверджено динамікою лабораторних показників, клінічними спостереженнями.

**Висновки.** Лікування та профілактика хворих з гіпертрофією лімфоїдної тканини глотки з підтвердженим інфікуванням слизової оболонки носо- та ротоглотки ВЕБ інфекцією ефективно, за умови включення в етіотропну терапію препаратів з противірусною активністю та препаратів, що містять магній.

### **Динаміка зміни деяких показників клітинного імунітету барабанної порожнини під час лікування секреторного середнього отита**

**Богданов К. Г., Тагунова І. К., Андрєєв О. В., Богданов В. К.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** В останні роки відзначається зростання частоти захворюваності на секреторні середні отити (ССО), що пов'язано з нераціональною антибіотикотерапією гострих респіраторних вірусних інфекцій, і недостатньо енергійним лікуванням гострих катаральних отитів. Вважається, що ССО ініціюється запальними та імунними реакціями проти інфекції носоглотки. Запалення призводить до синтезу цитокінів та секреції ексудату, багатого білками та медіаторами запалення. Ексудат заповнює порожнину середнього вуха. В свою чергу, дисфункція слухової труби перешкоджає евакуації ексудату. У випадках тривалості захворювання більше 2 - 4 тижнів сподіватися на евакуацію ексудату через слухову трубу навіть за умов поліпшення або

відновлення її дренажної функції не доводиться, тому ще секрет стає набагато більш в'язким. У таких ситуаціях методом вибору є шунтування барабанної порожнини через барабанну перетинку з евакуацією патологічного вмісту та подальшим консервативним лікуванням.

**Ціль роботи.** Пошук імуноцитогістохімічних критеріїв визначення тривалості шунтування барабанної порожнини при ССО.

**Матеріали та методи.** Протягом 2018 – 2022 р.р. нами було прооперовано 20 хворих із цією патологією. У ході операції, після евакуації ексудату і до встановлення шунта проводився забір клітинного матеріалу для імуноцитогістохімічного дослідження. Повторний забір матеріалу проводився через 4 тижні після операції, контрольний забір – в день видалення шунта. Для імунофенотипування використовували панель специфічних однойменних моноклональних антитіл виробництва України (Київський НДІ онкології): CD7+ – маркер активації лейкоцитів, CD5+ – маркер аутоагресії, CD45+ – рецептор протеїнтирозинфосфатази, який бере участь у рецептор-опосередкованій активації лімфоцитів та CD95+ – опосередковуючий сигнали, що індукують апоптоз.

**Результати та обговорення.** Незважаючи на те, що при першому заборі матеріалу вихідні рівні CD 5+, CD 7+, CD 45+ і CD 95+ були у всіх різні, через 3 тижні з'явилася можливість оцінювати динаміку і розділити хворих на 2 групи, з урахуванням тенденцій, що намітилися в зміні кількості імунокомпетентних клітин. У першій групі відзначалося зростання CD 7+ та CD 45+ – при стабільних показниках CD 5+ та CD 95+. (Див. табл.1) При мікроскопії у хворих цієї групи через 6 тижнів від дати шунтування визначалися візуально нормальний мукоперіост медіальної стінки барабанної порожнини, а також повна відсутність будь-якого ексудату в барабанній порожнині.

Таблиця 1.

Показник	У день операції	Через 3 тижні	Через 6 тижнів
CD 7+	18,1±3,2%	22,3±4,3%	24,4±3,0%
CD 45+	20,1±4,1%	23,3±3,2%	25,7±3,9%
CD 5+	20,1±4,8%	21,6±4,1%	20,7±4,1%
CD 95+	18,2±3,9%	19,5±3,4%	19,9±3,1%

У другій групі, навпаки, зростання CD 7+ і CD 45+ майже не відзначалося, але до 6-го тижня відзначалося збільшення кількості CD 5+ і CD 95+. (Див. табл.2)

Таблиця 2.

Показник	У день операції	Через 3 тижні	Через 6 тижнів	Через 8 тижнів
CD 7+	18,9±4,6%	18,1±2,1%	19,2±2,1%	20,9±3,2%
CD 45+	22,2±3,7%	22,8±2,9%	23,4±2,7%	24,5±3,5%
CD 5+	21,8±5,2%	24,4±2,1%	26,6±2,7%	21,1±3,1%
CD 95+	18,5±6,9 %	22,1±4,4%	25,2±7,1 %	19,9±3,8 %

У хворих цієї групи нормалізація мікроотоскопічної картини відбулася значно пізніше, на 8-му тижні від дати шунтування, до цього часу знизилися рівні CD 5+ і CD 95+.

**Висновки.** На підставі проведеного дослідження зроблено висновок про те, що рівні експресії вивчених маркерів можуть бути використані як один з критеріїв визначення тривалості шунтування барабанної порожнини при ССО.

## ЗМІСТ

СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЇ.....	3
Комбіноване використання шкірно-м'язового клапотя грудної клітини та круглого шкірно-жирового клапотя за В.П. Філатовим в усуненні дефектів вогнепального походження, Гулюк А.Г, Педченко Д.М.....	3
Історія кафедри терапевтичної стоматології, Скиба В.Я, Івченко Н.А.....	5
Відновлення кісткового пародонтального дефекту біологічно активним матриксом в експерименті, Вишневська Г.О.....	8
Розвиток здібностей здобувачів освіти, як один із факторів процесу навчання, Крикляс К.В., Крикляс В. Г., Дмитрієва Н.Б.....	12
Особливості навчання студентів стоматологів-ортопедів у воєнний час, Рожко П.Д., Чередниченко А.В., Лисенко В.В.....	17
Вплив ортодонтичного лікування на стан порожнини рота, Сулова О.В., Кордонець О.Л., Желізняк Н.А.....	21
Шляхи розвитку медичного освітнього процесу в умовах сучасності, Янішен І.В., Кричка Н.В.....	23
Оцінка структурно-функціонального стану кісткової тканини дітей шкільного віку хворих на епілепсію, Деньга О.В., Коновалов М.Ф., Новікова Ж.О.....	25
Показники статичних та динамічних оклюзійних вимірів т-скан у ортодонтичних пацієнтів Коваль С.М., Коваль С.С.....	29
Впровадження експертної системи з діагностики пульпіту в освітній процес, Гаджула Н. Г., Шінкарук-Диковицька М. М., Ковальчук Л. О.....	30

Досвід лікування переломів вилицеорбітального комплексу, Парасочкіна В.В.....	33
Деякі аспекти формування професійного клінічного мислення у студентів стоматологічного факультету, Горб-Гаврильченко І.В.....	34
Біохімічні показники ротової рідини у дітей з основними стоматологічними захворюваннями на тлі надмірної маси тіла, Цушко І.О., Лабунець О.В.....	36
Аналіз ефективності використання методу полімеразної ланцюгової реакції для діагностики деструкції тканин пародонту у хворих на цукровий діабет та планування лікувальних заходів Світлична О.М., Кленовська С.В., Саввова А.О., Сеннікова Г.М., Лисенко Т.О.....	40
Актуальні напрями дослідження в терапевтичній стоматології, Строченко Є.О.....	42
Біохімічні показники ясен щурів при експериментальному моделюванні пародонтиту на тлі аліментарного дефіциту Вітаміну-Д, Сухомейло Д. О., Рейзвіх О. Е., Христова М.Т.....	44
Вміст лактату в раковій пухлині при застосуванні регіонарної гіперглікемії, Лунгу К. В., Лунгу В.І.....	47
Мікроядра ексфолюативних клітин букального епітелію як маркер мутагенного ефекту цитостатиків, Лунгу К. В., Лунгу В.І.....	50
Стоматологічний статус дітей з сенсорною депривацією зору, Шпак С. В. , Деньга О. В.....	52
Дослідження впливу препаратів Мерказоліл та L-Тироксин на терміни прорізування зубів у Щурів, Гороховський В.В.....	55
СЕКЦІЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ.....	57
Особливості викладання ориноларингології на стоматологічному факультеті, Пухлік С.М., Тітаренко О.В., Добронравова І.В.....	57
Фоніатричні порушення при одонтогенних синуситах. Особливості викладання, Пухлік С.М., Добронравова І.В., Тітаренко О.В.....	60



Визначення та структура причин ротового дихання у дітей з зубощелепними аномаліями, Дєдикова І.В.....	63
Лікування запальних захворювань лімфоглоткового кільця з метою профілактики карієсу, Чернишева І.Е.....	66
Клінічні види та ознаки злоякісного новоутворення шкіри зовнішнього носа та обличчя, Євчева А.Ф.....	68
Вивчення мікроорганізмів, які утворюють біоплівки при патології ротоглотки та шляхи корекції біоценозу, Пухлік С.М., Щелкунов О.П., Щелкунов О.А.....	69
Гіпертрофія шилоподібних відростків скроневої кістки, однобічні болі в горлі, С.М. Пухлик, А.П. Щелкунов, О.А. Щелкунов.....	73
Профілактичне застосування респіраторного пробіотика streptococcus salivarius K12 у хворих з рекурентними тонзилітами, Тагунова І. К., Пухлик С. М., Андрєєв О. В., Богданов К. Г.....	75
Оцінка операції тонзилектомії відносно різних видів знеболювання та з урахуванням застосування гемостатичної підтримки, Колесніченко В.В.....	78
Динаміка зміни функціонального стану фагоцитарної системи нейтрофілів у хворих на цілорічний алергічний риніт, Богданов В. К.....	80
Комплексна оцінка стану злоякісних новоутворень шкіри зовнішнього носа, Євчева А.Ф.....	81
Клінічні види та ознаки злоякісного новоутворення шкіри зовнішнього носа та обличчя, Євчева А. Ф.....	84
Анатомічні та фізіологічні особливості будови ротоглотки в розрізі частоти розвитку злоякісних їх захворювань,Євчев Ф.Д. Пухлік С. М. ,Вальда В.В., Пилипюк М.В. Євчева А.Ф.....	86
Клінічна симптоматика та лікування злоякісних новоутворень ротоглотки, Євчев Ф.Д., Пилипюк М.В., Пухлік С. М., Євчева А.Ф.....	91

Особливості клініки та діагностики раку ротоглотки, Пухлік С.М.....	93
Основні причини розвитку злоякісних пухлин шкіри зовнішнього носа, обличчя та тулубу, Пухлік С. М., Євчева А.Ф.....	95
Гіпертрофія лімфоїдної тканини глоткового кільця на фоні гіпомагніемії у дітей. Методи корекції, Андрєєв О. В., Пухлік С. М., Тагунова І. К., Богданов К. Г.....	97
Динаміка зміни деяких показників клітинного імунітету барабанної порожнини під час лікування секреторного середнього отита, Богданов К. Г., Тагунова І. К., Андрєєв О. В., Богданов В. К.....	99