



**ПРИВАТНИЙ ВИЩІЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ**

**МАТЕРІАЛИ
XXI НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

КИЇВ
2014

Клінічна медицина

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТ У ПОРОДІЛЬ ІЗ ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ. PATHOMORPHOLOGICAL FEATURES OF THE PLACENTA IN WOMEN WITH HIGH RISK OF PLACENTAL DYSFUNCTION.

Антонюк О.Р., студентка VI курсу медичного факультету КМУУАНМ
Кафедра акушерства та гінекології
Зав.кафедри – д.м.н., проф., Сенчук А.Я.
Науковий керівник – к.м.н., доц., Калюжна В.М

Актуальність теми. 20-60% перинатальної смертності пов'язана з плацентарною дисфункцією.

Мета роботи. Вивчення морфологічних особливостей плацент у породіль з групи високого ризику розвитку плацентарної дисфункції.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні брали участь 150 плацент породіль з групи високого ризику з матерілу яких проводилось гістологічне дослідження для оцінки їх стану: 50 плацент жінок з ускладненням залізодефіцитною анемією, 50 плацент жінок з хронічним сальпінгоофоритом, 50 плацент жінок вагітність яких мала перебіг на тлі пізнього гестозу та 50 плацент вагітність яких мала перебіг без ускладнень (контрольна група).

Результати досліджень та їх обговорення. Виявлені морфологічні зміни плацент у вагітних із групи ризику розвитку плацентарної недостатності відображають тенденцію до розвитку компенсаторно-приспосовних реакцій з наступним їх напруженням та виснаженням, що є ознакою плацентарної дисфункції.

Висновок. Отримані дані дають змогу констатувати розвиток плацентарної недостатності у вагітних із такими факторами ризику як хронічний сальпінгоофорит, анемія та пізній гестоз.

КОМОРБІДНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМУ БРОНХІТІ У ДІТЕЙ CONCOMITANT DISEASES IN CHILDREN WITH OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

Вдовіна Н. М., лікар-інтерн, магістрант I року навчання
Кафедра внутрішніх хвороб з курсом дитячих хвороб
Зав. курсом дитячих хвороб в.о. професора Самарін Д.В.
Науковий керівник – д. м. н., в.о. професора Самарін Д.В.

Актуальність теми. Хвороби органів дихання складають 50-73% в структурі дитячої захворюваності. У 25-31% дітей респіраторні інфекції перебігають з клінікою обструктивного бронхіту, при чому в 30-50% випадків він приймає затяжний, хвилеподібний чи рецидивуючий перебіг. При лікуванні дітей з обструктивними бронхітами необхідно враховувати супутні захворювання, що підвищують ризик розвитку ускладнень та строки госпіталізації.

Мета роботи. Провести оцінку частоти поєднаної ЛОР-патології та обструктивного бронхіту у дітей на базі ДКЛ №5 м. Києва.

На виникнення обструктивних бронхітів впливають різні чинники і, перш за все, респіраторна вірусна інфекція.

За період з грудня 2013 по лютий 2014 нами було обстежено 20 дітей з діагнозом обструктивний бронхіт, що знаходились на стаціонарному лікуванні (30% дівчат і 70% хлопчиків). З них тільки у 20% обструктивний бронхіт реєструвався як самостійне захворювання. У інших 80% супроводжувався такими захворюваннями, як: 40% - фарингіт, 20% - аденоїдит, 20% - синусит, в 20% обструктивний синдром був ускладненням негоспітальної пневмонії.

Висновок. За даними нашого дослідження в 80% випадків обструктивний бронхіт поєднується з різноманітною ЛОР-патологією, що має велике значення для прогнозування тяжкості та тривалості захворювання, також проведення раціональної терапії та попередження рецидивів.

МІКРОЕКОЛОГІЯ ПІХВИ У ЖІНОК ПІСЛЯ ПОЛОГІВ MICROECOLOGY VAGINA IN WOMEN AFTER CHILDBIRTH

Доскоч І.А., Сенчук А.Я.

Степаненко А.І. медичний факультет 4 курс

Київський Медичний Університет УАНМ, м.Київ, Україна

Нами досліджено стан мікроіоценоза піхви у здорових жінок репродуктивного віку через 1,5- 2 місяці після фізіологічних пологів і порівняли їх з даними результатів репродуктивного віку у 116 пацієнток.

За результатами досліджень через 1,5-2 місяці після фізіологічних пологів у жінок спостерігали збільшення колонізації піхви факультативно-анаеробними і облигатно-анаеробними мікроорганізмами, що може бути причиною порушення мікробіоценозу піхви.

Гнійно-септичні ускладнення в післяпологовому періоді є найскладнішою проблемою сучасного акушерства, і незважаючи на широке використання антибактеріальної профілактики і терапії, займають лідируюче місце в структурі материнської захворюваності та смертності.

Через 1,5-2 місяці після фізіологічних пологів у жінок спостерігається підвищена колонізація піхви факультативно-анаеробними і облигатно-анаеробними мікроорганізмами, що може бути причиною порушення мікробіоценозу піхви. Значне зниження концентрації лакто- і біфідобактерій в

статевих шляхах жінок через 1,5-2 місяці після пологів вказує на наявність дисбіозу .У пацієток після пологів переважають признаки порушення морфоструктури епітелію шийки матки , що, ймовірно , пов'язано з порушенням мікробіоценозу піхви. Необхідно подальші дослідження показників місцевого імунітету у жінок через 1,5-2 місяці після пологів для розробки профілактичних заходів з метою попередження інфекції статевих шляхів і підбору ефективних і нешкідливих засобів контрацепції у таких пацієток .

НОВІ АСПЕКТИ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ: ЛАПАРОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ У ДІТЕЙ

NEW ASPECTS OF PEDIATRIC SURGERY: LAPAROSCOPIC SURGERY IN CHILDREN

Іващенко В.С.

Дебич М.А.

Ivashenko V.S. (student, Faculty of medicine, group№406)

Debych M.A. (Scientific supervisor, Ph.D., Department of Humanities)

KMI UANM, Kiev, Ukraine.

One of the characteristic features for modern development of surgery, including children, is the development and introduction of invasive laparoscopic methods into clinical practice. Laparoscopy for diagnostics and treatment began to be widely used since the early 80-s of the XX-th century. Thanks to the modern video-endoscopic equipment and tools developed and manufactured by firms «Karl Storz», «DufnerInstruments», «AutoSuture», the possibility of expanding the range of endoscopic interventions in many urgent and planned operations appeared. In recent years a method of laparoscopic operations has been developed and used in operations on acute appendicitis, acute intestinal obstruction and intestinal intussusceptions in the absence of necrosis, ulcers.

Laparoscopic methods of diagnostics allow identifying such diseases, which in clinical and radiologic examinations are not diagnosed. This can be applied to primary omentitis, pathology of diverticul of Meckel, infarct omentum, etc.

The benefits of laparoscopic operations are milder postoperative course, early activation of the patients, reducing of hospitalisation, absence of complications from wounds, savings. Accumulation of technical experience, improvement of laparoscopic equipment and tools in the future will lead to increasing the role of laparoscopic methods of treatment in different parts of the planned surgery of children, especially early age.

This method of operation is introduced into practice in Mykolaev Pediatric Regional Hospital.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВЕЛОЕРГОМЕТРІЇ ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.

APPLICABILITY BICYCLE ERGOMETER FOR ASSESSMENT OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN WITH PRIMARY HYPERTENSION

Лісовська В.В. магістр II року навчання, курс дитячих хвороб.
Кафедра внутрішніх хвороб з курсом дитячих хвороб
Зав. курсом дитячих хвороб в.о. професора Самарін Д.В.
Науковий керівник Пісоцька С.А.

Актуальність теми. На сьогоднішній день відмічається тенденція до омолодження та збільшення частоти виявлення первинної артеріальної гіпертензії (ПАГ) у дітей шкільного віку. Її поширеність у дітей і підлітків прогресивно збільшується з кожним роком, та призводить до летальних випадків. Метою нашої роботи було проведення комплексного дослідження функціонального стану серцево судинної системи (ССС) у дітей середнього та старшого віку, визначення індивідуальної толерантності ССС системи до фізичного навантаження та надання рекомендацій щодо ведення і дозування фізичного навантаження у дітей з ПАГ. Дослідити механізми адаптації до фізичного навантаження у дітей з вегето-судинною дисфункцією за гіпертензивним типом.

Всього було обстежено 50 дітей. З них 25 хлопчиків та 25 дівчаток. Діти були розділені на 2 групи. Основну групу склали 30 дітей з діагнозом ПАГ. В контрольну групу було включено 20 дітей із нормальними показниками артеріального тиску і відсутністю ознак вегето-судинної дисфункції. Також діти були розподілені на групи залежно від віку .

Нами було проведено повне загально-клінічне обстеження: оцінка скарг, антропометричні дані, ультрозвукове дослідження органів черевної порожнини, наднирників та серця. Для уточнення діагнозу проводили холтер ЕКГ. АТ досліджували за методом Н.С. Короткова, шляхом трьохразового вимірювання з інтервалами 3 хвилини, у стані спокою в положенні сидячі, на обох руках.

Результати та їх обговорення. При дослідженні механізмів адаптації до фізичного навантаження, ми виявили що тенденція пристосування до фізичних вправ значно зменшилась у дітей. На це вказувало підвищення ЧСС та АТ у дітей шкільного віку, а також по даним методу велоергометрії була виявлено стійка гіпертензія у 16(40,5) % хлопчиків та у 14(60,5) % дівчат основної групи після ступінчастих фізичних навантажень. Порівнянно з контрольною групою різке підвищення тиску та пульсу теж було у 6(20 %) дівчаток та у 2(10%) хлопців. За результатами вимірювання АТ методом Н.С. Короткова ми виявили статистично достовірне підвищення показників систолічного (АТсист.) та діастолічного (АТдіаст.) артеріального тиску у дітей з ВСД за гіпертензивним типом порівняно з дітьми контрольної групи. Так середні значення АТсист. у

хлопців 8 -18 років складала $87,2 \pm 7,1$ мм рт. ст., АТдіаст. - $40,6 \pm 8,3$ мм рт. ст, проти відповідно $77,8 \pm 7,6$ та $33,1 \pm 5,3$ мм рт. ст в контрольній групі.

Висновки:

1. Використання тестів навантажень з дозованим фізичним навантаженням показано для раннього виявлення АГ в дитячій віковій групі, визначення толерантності кардіоваскулярної системи до навантажень, загальної фізичної працездатності і витривалості пацієнтів з артеріальною гіпертензією.
2. Вживання розроблених параметрів артеріального тиску при збалансованих фізичних навантаженнях показало, що для діагностики АГ по гранично допустимому рівню систоли АТ, найбільшу діагностичну значущість має метод велоергометрії і розрахунок виконаної пацієнтом роботи.

ТИРЕОЇДНИЙ СТАН ВАГІТНИХ В УМОВАХ ЙОДОДЕФІЦИТА THE THYROID STATE OF PREGNANT IS IN THE CONDITIONS OF YODODEFICITA

Лісовська А.О. студентка 6 курсу медичного факультету КМУ УАНМ
Кафедра акушерства та гінекології
Зав.кафедри –д.м.н.,проф. Сенчук А.Я.
Науковий керівник – Калюжна В.М.

Актуальність теми: В останні роки в Україні відмічається значний ріст захворювань щитоподібної залози у вагітних. Значно зросла кількість жінок з еутиреоїдним дифузним і вузловим зобом, субклінічним гіпотиреозом і тиреотоксикозом . Основна причина виникнення цих станів – недостатнє вживання йоду. Під час вагітності та лактації жінка повинна отримувати близько 200 мкг йоду на добу, а в середньому по Україні вживають близько 50-80 мкг на добу, що в 3-4 разів нижче добової потреби. Адекватне вживання йоду жінкою під час вагітності є надійною мірою профілактики тиреоїдних порушень, не виношування вагітності і необхідною умовою нормального розвитку плода та новонародженого.

Матеріали та методи: Обстежено 12 вагітних в першому триместрі з йододефіцитом. Вагітних було розподілено на 2 групи. В першій групі (8 жінок) вагітним була проведена корекція йодидом калію в добовій дозі 200 мкг на протязі всієї вагітності. Друга група (4 жінки) відмовилась від виконання рекомендацій що до прийому фізіологічної дози йоду . Обстежувалось також 5 жінок без йододефіциту (контрольна група), без соматичних захворювань, з фізіологічним перебігом вагітності.

Результати дослідження: Виявлено що у жінок з 1-ї групи нормальний вміст йоду в сечі визначався в 2 жінок (25%), помірний йододефіцит у 4 жінок (50%), виражений в 1 жінки (12,5%), тяжкий ступінь 1 жінка (12,5%). В 2-й групі помірний йододефіцит 1 жінки (25%), виражений у 2 (50%), тяжкий ступінь у 1 жінки (25%). Рівень ТТГ у вагітних в обох групах був в межах 0,47-4,0 мЕд/л, в

середньому 1,89 мЕд/л, що відповідає еутиреоїдному стану. В першій групі рівень ТТГ до на протязі всього терміну гестації складав 1,2-1,33 мЕд/л. В другій 1,9-2,05 мЕд/л., що достовірно більше чим в першій групі.

Висновки: На основі даних дослідження, можна зробити висновки про те, що йод на щитовидну залозу має не тільки пряму дію через інтратиреоїдні механізми, але й діє опосередковано через зниження тиреотропної функції гіпофіза, цим самим усуваючи зобогенний ефект.

РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ THYROID CANCER IN CHILDREN

Москаленко Л.Ю. – студентка 6 курсу медичного ф-ту КМУ УАНМ
Кафедра внутрішніх хвороб з курсом дитячих хвороб
Зав. курсом дитячих хвороб в.о. професора Самарін Д.В.
Науковий керівник – доцент, к.м.н., Пісоцька І.А.

Рак щитоподібної залози (РЩЗ) у дітей зустрічається значно рідше, ніж у дорослих. Частотність його становить 1–3% від загальної кількості злоякісних пухлин у дітей. РЩЗ частіше спостерігається у дівчаток у співвідношенні 3,6:1. Найчастіше діти хворіють на РЩЗ у віці 8–14 років. Початкові симптоми РЩЗ можуть бути різноманітними і характерними не лише для цієї пухлини. Основним симптомом РЩЗ у дітей є поява помітної асиметрії та деформації передньої поверхні шії. Згодом можуть розвинути відчуття дискомфорту чи чужорідного тіла при ковтанні, незручності при повороті голови і відчуття стискання одягом. Збільшення щитоподібної залози проявляється наявністю невеликого безболісного вузлика, схильністю до його збільшення та ущільнення. Це утворення у початковому періоді захворювання легко зміщується при ковтанні. Нерідко дитину лікують від лімфаденіту. Наявність збільшених лімфатичних вузлів на шії є другим за частотою симптомом РЩЗ у дітей. У деяких випадках при тривалому перебігу захворювання у дітей з'являється утруднене дихання за рахунок проростання або здавлювання пухлиною трахеї. З цих же причин можлива і зміна голосу (осиплість або повна втрата голосу). Біль в області щитоподібної залози характерний для запущених випадків. Найменш характерними ознаками РЩЗ є: млявість, слабкість, адинамія, втрата апетиту (т.зв. загальний пухлинний симптомо-комплекс). Метастатичне ураження шийних лімфатичних вузлів є у 80–85% випадків, при чому двобічне – у 65% хворих. У 55% дітей метастази виявляють раніше, ніж пухлину у щитоподібній залозі. У 100% хворих залучається до процесу глибокі лімфатичні вузли, розташовані вздовж судинно-нервового пучка шії. Віддаленні метастази у легенях та кістках виявляють у 20% дітей з РЩЗ. Іноді ураження легень є випадковою знахідкою при обстеженні дітей з приводу застудних захворювань. Від появи перших симптомів захворювання до встановлення діагнозу РЩЗ проходить від місяця до 2,5 року. У

50% хворих вдається уточнити діагноз через 1,5–2 роки. У 15–20% дітей зі збільшеними шийними лімфатичними вузлами ставиться діагноз хронічного тонзиліту і призначається фізіотерапія.

Діагностика. Важливими моментами у діагностиці РЩЗ є огляд і пальпація щитоподібної залози та лімфатичних вузлів. Серед клінічних ознак, що допомагають у діагностиці РЩЗ, потрібно відзначити збільшення розмірів залози, ущільнення вузла, обмеження зміщення щитоподібної залози. Однак необхідно пам'ятати, що аналогічні ознаки можуть бути у хворих на тиреоїдит, аденому та інші захворювання щитоподібної залози. Променеві методи діагностики включають УЗД ший, рентгенографію грудної клітки та органів ший, радіоізотопне дослідження за допомогою техніція-99. При необхідності проводять рентгенографію кісток скелету, комп'ютерну томографію (КТ).

Лікарям-педіатрам при обстеженні дітей зі збільшенням щитоподібної залози варто пам'ятати про можливість раку щитоподібної залози.

АЛЬТЕРНАТИВНА МЕДИЦИНА ALTERNATIVE MEDICINE

Опімах А. - студентка 1-го курсу стоматологічного факультету КМУ УАНМ
Кафедра гуманітарних дисциплін та мов
Зав. кафедри: к.пед.наук, доц. Кірик Т.В.
Науковий керівник: ст.викладач Кравчук Г.І.

Народна медицина в широкому розумінні, охоплюючи медичну допомогу у вигляді само- та взаємодопомоги, є однією з найдавніших ланок діяльності людини. В основі її зародження лежить наймогутніший інстинкт - інстинкт самозбереження. Тому історія медицини віддзеркалює історичний розвиток суспільства, народу, нації.

Нетрадиційні методи лікування — це аж ніяк не данина капризній моді популярних віянь, а цінний досвід стародавньої медицини, який потребує нового переосмислення з наукових, морально-етичних, соціально-біологічних позицій.

Alternative Medicine is defined as medicine that encompasses any healing practice that does not fall within the realm of conventional medicine.

Complementary and Alternative Medicine (CAM) is a broad domain of resources that encompasses health systems, modalities, and practices and their accompanying theories and beliefs, other than those intrinsic to the dominant health system of a particular society or culture in a given historical period.

Alternative medicine originates from the traditions of ancient cultures, particularly China and India. For instance, 370 different healing drugs were used in Mesopotamia while 600 were common in India. The Chinese had 2000 herbs, metals, and minerals as ingredients in 16,000 different preparations. Despite the variety, many historians agree that these ancient medical practices had little success in actually curing disease. The real effects are still under scrutiny today including comparisons with the

strides made by modern medicine. Despite the shortfalls of conventional medicine, we live longer and are healthier than people of long ago.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕЛАТОНІНУ У РОЗВИТКУ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ THE CLINICAL SIGNIFICANCE OF MELATONIN IN THE DEVELOPMENT OF CLIMACTERIC SYNDROME

Руденко Є.А., студент VI курсу медичного факультету КМУ УАНМ
Кафедра акушерства та гінекології КМУ УАНМ
Завідуючий кафедрою – д.м.н., проф.. Сенчук А.Я
Науковий керівник – к.м.н., доц.. Калюжна В. М.

Актуальність: терапія препаратами для замісної гормонотерапії повинна бути максимально індивідуалізована, з обов'язковим урахуванням протипоказань

Мета роботи: вивчити рівень мелатоніну у жінок в період перименопаузи, оцінити його роль у розвитку клімактеричного синдрому, а також можливості медикаментозної корекції симптомів із застосуванням препарату мелатоніну

Матеріали і методи :Спостерігалися 25 жінок з клімактеричним синдромом різного ступеня тяжкості,що оцінювався за індексом Купермана у модифікації Є.В. Уварової. у пери-та пост менопаузі.У всіх жінок визначали вміст мелатоніну сульфату в добовій сечі методом ІФА з використанням тест-системи ІВЛ (melatonin sulfat 6-sulfatoxymelatonin, ELISA, Гамбург).. Статистична обробка матеріалу здійснювалася за допомогою програми StatSoft Statistica v6.0 Rus. Всі жінки були розділені на групи: 7 пацієток з тяжким клімактеричним синдромом (1- гр),7 з клімактеричним синдромом середньої тяжкості (2-гр), 5 з клімактеричним синдромом легкого ступеня тяжкості (3- гр), 6 здорових жінок без ознак клімактеричного синдрому (гр порівн.).

Результати дослідження: У жінок з клімактеричним синдромом виявлено зниження рівня мелатоніну: в 1-й групі в 2,27 рази нижче, ніж у здорових ,у 2-й - 1,82 рази нижче, в 3-й - в 1,7 рази нижче.Це супроводжувалося підвищенням рівня гонадотропних гормонів (ФСГ і ЛГ), що можна пояснити зниженням інгібуючого впливу мелатоніну. Зміни поєднувались з зменшенням кількості естрадіолу в сироватці і підвищенням добової екскреції адреналіну і норадреналіну та підвищення вмісту атерогенних фракцій ліпідів крові (в 1-й гр. - загального холестерину, ЛПНЩ, у 2-й – заг. холестерину, в 3-й - ЛПНЩ У всіх групах відзначена тенденція до зниження ЛПВЩ. У 9 жінок з легкою і середньотяжкою формами клімактеричного синдрому використовували ЗГТ, яка призвела до нормалізації гормональних, і біохімічних показників тільки до кінця 3-го місяця, але прояви клімактеричного синдрому частково зберігалися. Іншій групі ~12 ,з аналогічним синдромом була призначена монотерапія мелатоніном- через 1 міс. лікування виявлено зниження ФСГ в 2,29 рази, ЛГ - у 2,1 рази,підвищення мелатоніну сульфату в 2,64 рази, тенденція до зниження загального холестерину і

індексу атерогенності, кількість ЛПВЩ не змінювалися, але відмічено деяке підвищення рівня тригліцеридів. Після дослідження ліпідного спектру крові, через 2 міс. при скасуванні мелатоніну, виявлено нормалізацію рівня тригліцеридів, а кількість ЛПНЩ не зросла. Самопочуття жінок залишалося стабільно хорошим протягом проведеної терапії мелатоніном і через 2 міс. після його скасування. Найбільший ефект спостерігався у жінок ~5 з тяжким перебігом клімактеричного синдрому і неповним ефектом від замісної гормонотерапії, які отримували комбінацію препаратів мелатоніну і ЗГТ. До кінця 1-го місяця ФСТ знизився у 2,5 рази, ЛГ - у 2 рази, рівень естрадіолу збільшився в 2 рази, мелатоніну - в 1,8 рази, відзначено зниження кількості катехоламінів в добовій сечі, атерогенних фракцій крові та індексу атерогенності зі зниженням індексу Купермана в 3 рази.

Висновки: Отже, гормон мелатонін відіграє важливу роль у генезі і розвитку клімактеричного синдрому, бере участь у регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникових зв'язків, виступає як модулятор змін, що виникають при розвитку клімактеричних розладів. Використання лікарських препаратів мелатоніну для лікування стійких порушень у жінок з клімактеричним синдромом у вигляді монотерапії або в комбінації з препаратами ЗГТ дозволить досягти швидких і результатів та покращення життя та самопочуття жінок з даними змінами в гормональному стані.

ПРОГНОЗУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ПЛОДА

PREDICTION OF PREGNANCY IN WOMEN WITH MISCARRIAGE

Семиног Л.В., студентка IV курсу медичного факультету КМУУАНМ
Кафедра акушерства та гінекології
Зав. кафедри – д. м. н., проф., Сенчук А.Я.
Науковий керівник – к. м. н., доц., Калюжна В.М.

Актуальність. Планування сім'ї посідає одне з перших місць в охороні репродуктивного здоров'я населення в Україні. Актуальність проблеми полягає у високому рівні антенатальної охорони плоду при невиношуванні, в значному ступені пов'язане з ранньою діагностикою і профілактикою плацентарної недостатності (ПН).

Мета роботи. Вивчити діагностичну і прогнозувальну цінність виявлення кількості хоріонічного гонадотропіну (ХГ) в крові жінок, у яких вірогідна вагітність малих термінів і при загрозі переривання вагітності.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 60 жінок з підозрою на вагітність в терміні: за 1 тиждень до початку циклічних місячних, через 1 та 2 тижні після затримки циклічних місячних. Вагітні були від 17 до 38 років. Дослідження проводили імуноферментним (ІФА) експрес-методом фірми "Діаплюс". Метод

складався з твердофазового імуноферментного аналізу, використовуючи в твердій фазі кульки, покриті антитілами до хоріонного гонадотропіну.

Результати. У 20 жінок з фізіологічною вагітністю була нормальна кількість ХГ в усіх триместрах вагітності. Рівень гормону в цій групі збільшувався з 4,9 м МЕ/мл в 5 тижнів до 211,6 м МЕ/мл в 37 тижнів.

У 40 вагітних в аналізах були такі хвороби, як: первинне невиношування, гормональні порушення (гіпофункція або гіперфункція щитовидної залози, захворювання нирок, та надниркової залози). У них знижувався ХГ в різні терміни вагітності: 5 мимовільних абортів в терміні 5-9 тижнів при кількості ХГ в 4-5 разів менший чим при нормальній вагітності.

Лікування з гормональною корекцією дали позитивні результати – вагітність збереглась і продовжилася до другого триместру. З них у другому триместрі: 2 викидні при кількості ХГ в 4 рази менше ніж при нормальній вагітності. З них у третьому триместрі: у 2-ох передчасні пологи при кількості ХГ в 5 разів менший чим при нормальній вагітності. Решта з них (36) продовжили вагітність до 38-40 тижнів.

Висновок. Виявлення ХГ імуноферментним методом в динаміці вагітності може бути використане для більш точної та ранньої діагностики малих термінів вагітності, прогнозувати її та вирішити формування ПН у жінок з невиношуванням. Раннє та регулярне лікування загрози невиношування і ПН дозволяє знизити частоту мимовільних абортів, перинатальну хворобу та смерть.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ПАЦІЄНТОК З ХРОНІЧНИМ САЛЬПІНГООФОРИТОМ FEATURES OF PREGNANCY AND DELIVERY IN PATIENTS WITH CHRONIC SALPINGO-OOPHORITIS

Сенчук А.Я., Макаруш І.М. Довгань А.В. медичний факультет 4 курс
Київський Медичний Університет УАНМ , м.Київ , Україна

Нами проведено ретроспективний аналіз особливостей акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезу, ускладнень вагітності, пологів і перинатальних результатів у 100 вагітних з хронічним сальпінгоофоритом. За результатами вивчення анамнезу виявили фактори, які впливають на формування системи мати-плацента-плід, що призводить до ряду важких ускладнень в процесі гестації та пологів, негативно відбивається на перинатальних показниках.

Хронічний сальпінгоофорит є однією з причин, яка негативно впливає на жіночий організм і призводить до порушення компенсаторно-приспосувальних механізмів і формуванню пла-центарной дисфункції під час вагітності.

Таким чином, проведений нами аналіз особливостей протікання вагітностей , пологів , стану плодів та новонароджених у жінок з хронічним сальпінгоофоритом вказує на наявність у таких пацієнток ускладненого

акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезу , формує несприятливий базисний стан органів та систем організму , недосконалість адаптації його до вагітності , напруги і високий ризик зриву адаптаційних реакцій. Результатом цього є порушення формування та розвитку системи мати-плацента-плід і , як наслідок , високий рівень ускладнень перебігу вагітності , пологів і перинатальної патології.

Перспективою досліджень є визначення термінів і обсягу клініко-лабораторних та апаратних методів обстеження для подальшої розробки оптимальних підходів до профілактики виникнення плацентарної дисфункції у вагітних з хронічним сальпінгоофоритом.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВУЛЬВОВАГІНІТІВ У СПОЛУЧЕННІ ІЗ ДИСПЛАЗІЯМИ ШИЙКИ МАТКИ EXPERIENCE IN THE TREATMENT VULVOVAGENIT CERVICAL DYSPLASIA

Ключкова К.С. студентка 6 курсу медичного факультету КМУ УАНМ
Кафедра акушерства та гінекології
Зав.кафедри – д.м.н., проф. Сенчук А.Я.
Науковий керівник – Калюжна В.М.

З метою вивчення клінічної та лабораторної ефективності і безпечності вагінального застосування препарату Ломексин для лікування вульвовагінітів, обумовлених кандидати і мікробними асоціаціями в сполученні з плоскоклітинними дисплазіями шийки матки обстежено і проліковано 50 хворих віком від 18 до 37 років.

Вульвовагініти, які обумовлені грибами, що вегетують у формі дріжджів, грибів, що брунькуються, й у формі міцелію, діагностуються у 13,8 % мікроскопій вагінальних мазків. При цьому тільки у 50,0% хворих діагностується умовно патогенна флора у вигляді грам позитивних коків, а повна відсутність паличок Додерлейна у 54,0% і їхня недостатність у 44,0%. Дивлячись на подібний мікробіоценоз піхви можна виключити застосування з лікувальною метою препарати, які містять антибіотики.

Результати мікроскопії мазків із піхви через 1 тиждень після закінчення лікування вказували на наявність у 47 (94,0%) пацієнок I-ого та II-ого ступеня чистоти піхвової флори. У кожному випадку у піхвових мазках нами не були визначені форми дріжджових грибів, що вегетують. Поодинокі клітини дріжджового гриба були знайдені у 6 (12,0%) пацієнок, яких лікували Ломексином. Наявність у мазках поодиноких клітин дріжджового гриба у пацієнок із відсутністю скарг і ознак вагініту під час обстеження ми розцінювали як ефективне лікування і не вважали рецидивом захворювання, оскільки клітини дріжджового гриба можуть бути зараховані до нормальної флори піхви.

Клінічна і лабораторна ефективність застосування препарату Ломексин для лікування вульвовагінітів, обумовлених дріжджовими грибами у формах, що вегетують, в комплексі з умовно-патогенною формою становила 94,0%. Висока ефективність препарату, добра переносимість, зручність застосування, наявність лікарських форм для одночасного лікування статевих партнерів та відсутність побічних ефектів дозволяють рекомендувати його для широкого використання у клінічній практиці.

**МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ МАТКИ І ЕНДОМЕТРІУ У
ХВОРИХ ІЗ ПОЛІПОЗОМ ЕНДОМЕТРІУ.
MORPHOFUNCTIONAL INDEX UTERUS AND ENDOMETRIUM IN SICK
FROM POLYPOSIS ENDOMETRIUM.**

Церковна А.І. студентка 6 курсу медичного факультету КМУ УАНМ
Кафедра акушерства та гінекології
Зав.кафедри - д.м.н. проф.Сенчук А.Я.
Науковий керівник-Сенчук А.Я.

У структурі гінекологічної захворюваності поліпоз ендометрію(ПЕ) посідає провідне місце і має стійку тенденцію до зростання. Дана патологія є прерогативою жінок у віці після 35 років і є фактором ризику розвитку раку ендометрію.

Мета роботи. Вивчення морфофункціональних змін ендометрію у хворих пре- і постменопаузального віку, які страждають на поліпоз ендометрію.

Проаналізовано 100 випадків ПЕ у жінок різних вікових груп, які були обстежені в обсязі вивчення особливостей субендометріального кровотоку, кровоток в маткових та внутрішніх клубових артеріях з наступним морфологічним дослідженням ендометрію.

Нами була виявлена пряма залежність гістологічної структури ПЕ від віку хворих. Так, активні форми поліпів (залозистий, залозисто-фіброзний) найчастіше (72,0%) виявляють у жінок у віці пре менопаузи. Фіброзні поліпи переважно діагностують у хворих у віці постменопаузи (58,0%).

Висновки.

1. Доплерометричні показники кровотоку в субендометріальних, маткових та внутрішніх клубових артеріях у пацієнок з поліпозом відрізняються від показників у здорових пацієнок. Оцінка кривих швидкостей кровообігу в маткових та внутрішніх клубових артеріях показує зменшення в них як систолічної так і діастолічної швидкостей кровотоку та збільшення показників периферичного опору. В субендометріальних артеріях картина прямо протилежна: зменшення показників периферичного опору та збільшення систолічної та діастолічної швидкості кровотоку.

2.Пацієнткам,які страждають ПЕ притаманні патологічні захворювання тіла матки,ендометрію і шийки матки,тому в разі діагностики пе необхідно провести додаткові дослідження для з'ясування стану міометрія і шийки матки у даної категорії.

3.Гістологічна структура ПЕ залежить від віку хворих,так,у пацієнток,молодших за 50 років,переважають активні форми(залозисті і залозисто-фіброзні поліпи),в жінок в період пост менопаузи фіброзні ПЕ.

4.У жінок у пост менопаузі достовірно частіше трапляється ураження міометрію-лейоміомою,а сумісне ураження міометрія лейоміомою і аденоміозом частіше діагностується у пацієнток віком до 56 років.

5.Під час аналізу попередніх результатів обстеження необхідно враховувати,що особливо несприятливим станом є сполучене ураження міометрія лейоміомою і аденоміозом,оскільки у данних пацієнток гістологічні висновки значно частіше містять передпухлинні та передракові ураження ендометрія та шийки матки.

КЛІНІЧНА АРОМАТЕРАПІЯ CLINICAL AROMATHERAPY

Чернова Н.А.

202 група, факультет: лікувальна справа

Науковий керівник: Дебіч М.А.

Київський медичний університет КМУ УАНМ

Актуальность темы: мировая клиническая ароматерапия достигла больших результатов в вопросах общей терапии, однако вопрос применения в неврологии и нейрологии изучен очень слабо. Практика показывает, что клиническая ароматерапия способна серьезно улучшать мышечную трофику, восстанавливать нервную проводимость при органических и функциональных поражениях.

1. Professional aromatherapy is actively used by many clinics of the USA, Europe and Eastern countries for the treatment of serious chronic pathologies, such as blasts of medicine: neurology, general therapy, respiratory, dermatology and many other diseases.

2. In practice, noted that professional clinical aromatherapy is able to completely block the pain by biochemical processes of that cause vasodilation, and by " deactivate information about the pain in the brain."

3. Essential oils are therapeutic class have shown high results in the treatment of myopathy, have direct stimulation of muscle tone with enough proof result and without addiction.

4. Essential oils-adaptogens therapeutic class can completely replace substances nootropics, which used in the treatment of chronic muscle accompanying pathologies.

5. Essential oils-tonic therapeutic class have done better invasive muscle stimulants in the treatment of chronic spinal amyotrophy, flows that do not cause side effects such as seizures and hyper muscle tone.

ГІПЕРРЕАКТИВНІСТЬ БРОНХІВ – ВАЖЛИВА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ ПЕДІАТРІЇ
HYPERREACTIVITY OF THE BRONCHI - AN IMPORTANT PROBLEM OF MODERN PEDIATRICS

Юхименко О.А., кандидат медичних наук
кафедра дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології НМАПО
імені П.Л. Шупика

Повторні епізоди респіраторних захворювань, що супроводжуються бронхообструкцією завжди привертала увагу лікарів. Згідно традиційних поглядів, таким хворим має виставлятися діагноз бронхіальної астми і призначатися базисна терапія згідно протоколів лікування цього захворювання. Основу базисної терапії бронхіальної астми складають інгаляційні глюкокортикоїди, нераціональне використання яких може бути шкідливим для дитини.

На сьогоднішній день переглядаються погляди на механізми розвитку рецидивуючого обструктивного синдрому. Велика увага приділяється явищам гіперреактивності бронхів – стану неалергічної схильності до бронхоспазму. Провідними чинниками якої є рецидивуючі респіраторні вірусні інфекції

При обстеженні 42 дітей віком 5-7 років з рецидивуючими епізодами бронхообструктивного синдрому, було показано, що в більше ніж третини дітей захворювання має неалергічний генез. Факторами, що підвищували ймовірність розвитку бронхообструкції виявилися недоношеність, респіраторні захворювання в періоді новонародженості, особливо ті, що потребували проведення ШВЛ, а також тютюнопаління осіб, що мешкають разом.

Триває розробка підходів до диференційованого спостереження та лікування дітей

Стоматологія

ОСОБЛИВОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОВНОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ ПРИ ДИСТАЛЬНОМУ ПОЛОЖЕННІ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ FEATURES PROSTHESIS IN PATIENTS WITH COMPLETE LOSS OF TEETH IN THE DISTAL POSITION OF THE MANDIBLE

Волошина В.Л., Черніков І.М.– асистенти кафедри ПВНЗ «КМУ УАНМ»
Пастернак К.В.,Ткаченко Ю.В.,Фокша А.С., студенти стоматологічного
факультету 5 курс.

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонції

Зав.каф.- д.м.н.,проф.Дорошенко С.І.

Науковий керівник- д.м.н. проф., Дорошенко С.І.

Актуальність. До теперішнього часу зубне протезування пацієнтів з повною втратою зубів є актуальною проблемою ортопедичної стоматології. Основними причинами втрати зубів, як відомо, слугують ускладнений карієс, захворювання тканин пародонту, а також повна вроджена адентія. Повна відсутність зубів зустрічається у одного з 100 осіб у віці від 40 до 49 років, у 5,5% у віці від 50 до 59 років та у 25% людей віком понад 60 років (К.М.Косенко,1997; В.А.Лабунець,2000; Л.А.Хоменко,2001; В.П.Вознюк,2006).

Зубне протезування таких пацієнтів проводиться повними знімними протезами. Однак функціональна цінність цих протезів певною мірою залежить від виду прикусу (який може бути і патологічним). При ньому порушується рівновага повного знімного протеза внаслідок змін у змиканні штучних зубних рядів в різних напрямках. В науковій літературі багато уваги приділяється питанням методики постановки штучних зубів в повних знімних протезах при різних співвідношеннях щелеп,які полягають у зменшенні кількості штучних зубів (переважно жувальної групи на одній із щелеп), зміні нахилу фронтальних штучних зубів по відношенню до повздовжньої вісі альвеолярного відростку тощо. Проте ще недостатньо вивчені особливості виготовлення повних знімних протезів при дистальному положенні нижньої щелепи, що і стало предметом проведених нами досліджень.

Мета дослідження. Підвищення ефективності протезування пацієнтів з повною втратою зубів при дистальному положенні нижньої щелепи , шляхом удосконалення методики виготовлення базису протеза.

Матеріали та методи дослідження. Нами було взято на ортопедичне лікування 11 осіб, віком від 51 до 73 років з повною втратою зубів, у яких було визначено дистальне положення нижньої щелепи, з них 5 осіб вже мали повні знімні протези виготовленні в інших клініках, але ці протези відрізнялись незадовільною фіксацією і стійкістю під час жування та неможливістю відкушування їжі. Для обстеження застосували клінічні методи: огляд та пальпацію анатомічних утворень порожнини рота для визначення стану альвеолярних відростків (ступінь

атрофії), бугрів верхньої щелепи (їх вираженість), піддатливість слизової оболонки, наявність торусу, а також порушень з боку СНЩС.

Результати. Проведені дослідження показали, що у пацієнтів з повною відсутністю зубів при дистальному положенні нижньої щелепи недостатньо у повному знімному протезі зменшувати кількість штучних зубів у бокових ділянках та змінювати нахил фронтальної групи зубів. Доцільно ще додатково формувати у передній ділянці верхнього протезу накушувальну площадку. Це дозволяє усунути функціональне перенавантаження на цій ділянці при відкушуванні їжі та забезпечити надійну фіксацію та стабілізацію повних знімних протезів.

Висновки. Запропонована нами методика виготовлення повного знімного протеза на верхню щелепу з накушувальною площадкою на передній ділянці у пацієнтів з дистальним положенням нижньої щелепи може бути широко застосована у практиці ортопедичної стоматології.

ПОКАЗАННЯ ДО ДИСТАЛЬНОГО ПЕРЕМІЩЕННЯ ЗУБІВ INDICATIONS FOR DISTAL MOVE THE TEETH

Горинь Т.Я. – студент 4 курсу стоматологічного факультету ПВНЗ «КМУ УАНМ»

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонтії

Науковий керівник – доц. Кульгінський Є.А.

Зав. каф. – д.м.н., проф. Дорошенко С.І.

Актуальність: Останнім часом все більше з'являється пацієнтів, яким необхідно проводити переміщення зубів у дистальному напрямку (Персін Л.С., 2011; Хорошилкина Ф.Я., 2012). На сьогоднішній день вже чітко визначені причинами таких порушень: неправильна закладка постійного зуба; раннє видалення тимчасових зубів з наступними мезіальним зміщенням зубів; адентія; наявність ретенуваних зубів. Все це призводить до вкорочення та деформації зубних рядів, що обов'язково позначиться на функції ЗЩА та естетиці обличчя.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 88 пацієнтів віком від 18 до 29 років, які знаходяться на ортодонтичному лікуванні і яким було показано дистальне переміщення зубів. Усім пацієнтам проводилося загальноприйняте обстеження, з обов'язковим використанням рентгенологічних методів обстеження.

Результати: Найчастіше дистального зміщення потребували ікла (63%), які займали вестибулярне положення, на другому місці знаходилися премоляри та моляри (по 16% кожний). Якщо дефіцит місця у фронтальній ділянці становить до 25 % - його можна створити шляхом розширення зубної дуги за допомогою петлі Коффіна, а якщо дефіцит місця 50 % і більше ширини коронки аномально розташованого зуба, виникає потреба видалення цього або іншого менш повноцінного зуба, з подальшим дистальним переміщенням аномально

розташованого зуба. У випадку, коли вже сформувався постійний прикус і артикуляція різців має стійку рівновагу, іноді вдаються до видалення аномально розміщеного зуба. Для виправлення вестибулярного положення іклів частіше застосовують видалення перших премолярів з подальшим переміщенням іклів у зубний ряд.

Висновки. Показанням для дистального переміщення зубів слугують: корекція положення аномалійно розташованих зубів після видалення окремих зубів за ортодонтичними показаннями; закриття дефекту зубного ряду, зумовленого видаленням поодиноких зубів внаслідок ускладненого карієсу, а також вроджена відсутність зачатка зуба (адентія).

ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ ТА ПРИКУС У ДІТЕЙ BAD HABITS AND BITE IN CHILDREN

Зволінська А.М., Яворська М.М., Кузьміна В. А.

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонції ПВНЗ «КМУ УАНМ»

Зав. кафедрою – д.мед.н., професор Дорошенко С.І.

Науковий керівник – доц. Зволінська А.М.

Актуальність: Відомо багато чинників, які призводять до розвитку зубощелепних аномалій та деформацій. Не останнє місце серед них займають дитячі шкідливі звички (ШЗ). Шкідливі звички – це дитячі звички, які негативно впливають на ріст, розвиток щелепних, лицьових кісток та прилеглих до них м'яких тканин. Вони призводять до виникнення зубощелепних аномалій, порушень постави та функцій ротової порожнини: жування, ковтання, дихання, мовлення. Вплив шкідливих звичок на формування зубощелепного апарату доведений давно. Про взаємозв'язок між зубощелепними аномаліями та ШЗ вказували А.І. Бетельман (1965), Л.М. Грекова (1966), Д.А. Калвеліс (1957), В. П. Окушко, С.І. Дорошенко (1968), Н.В. Головка (2003), Куроєдова (2006). Ще Jonson в 1915 році довів, що звичка смоктання пальців має психологічне підґрунтя у дітей, які виховуються у неповних сім'ях, а також в тих сім'ях, де немає злагоди, а діти ростуть без уваги батьків (особливо матері). Ґрунтовне дослідження цієї теми провела професор В. Д. Куроєдова (1997) в Українській медичній стоматологічній академії. Вона та дитячі психологи трактують дитячі шкідливі звички як невротичні звички. Доведено також негативний вплив порушеної постави, неправильного положення тіла дитини у ліжку під час сну, зокрема, підкладаючи кулачок під щоку, або із схиленою на груди головою, тощо. Прояви шкідливих звичок помічають батьки, вчителі, медичний персонал дошкільних дитячих закладів та шкіл, але вони не знають про їх наслідки. Лікарі - ортоданти, дитячі стоматологи можуть усунути ту чи іншу шкідливу звичку та залучити до її усунення інших фахівців.

Мета дослідження: Виявити поширеність шкідливих звичок серед дітей дошкільного віку та вивчити, як вони впливають на розвиток зубощелепного апарату.

Матеріал та методика дослідження: нами проведений профілактичний огляд 337 дітей віком від 2 до 6 років в 6-ти дитячих дошкільних закладах Шевченківського р-ну м. Києва. Із оглянутих дітей дівчаток - 162, хлопчиків – 165. Обстеження дітей проводилося за загальноприйнятою методикою. Звертали увагу на характер шкідливої звички та вид прикусу.

Результати дослідження: проведені дослідження показали, що із 337 оглянутих дітей у 121 (35,9 %) виявлено зубощелепні аномалії, у 36 (10,7 %) – дефекти зубних рядів, переважно середні та великі. Шкідливі звички (смоктання пальців, прокладання олівців та лінійки, порушення функцій порожнини рота та постави, тощо) виявлені у 124 (36,8 %) дітей з числа оглянутих і переважно у дітей з зубощелепними аномаліями та деформаціями. Розподіл дітей за характером шкідливих звичок був наступним:

Смоктання пальців	Прокладання олівців, кінчика язика	Ротове дихання	Інфантильне ковтання	Постава
24 дитини (7,1%)	36 дітей (10,6%)	39 дітей (11,5%)	35 дітей (10,3%)	29 дітей (8,6%)

Проведені дослідження свідчать про те, що характер шкідливих звичок впливає на формування виду прикусу. Так, смоктання великого пальця спричиняє дистальний прикус, прокладання олівців, лінійок, кінчика язика, ротове дихання – відкритий прикус, інфантильний тип ковтання – глибокий прикус, підпирання кулачком нижньої щелепи – мезіальний прикус, підкладання долоні під щоку – перехресний прикус.

Висновки: Результати проведеного дослідження свідчать про наявність шкідливих звичок у значної кількості дітей дошкільного віку. Кожна з вищезгаданих шкідливих звичок сприяє формуванню певного виду патологічного прикусу. Рання діагностика шкідливих звичок важлива у профілактиці зубощелепних аномалій. Результати обстеження ще раз підтвердили необхідність проведення санітарно-просвітницької роботи серед медичного та педагогічного персоналу ДДЗ та батьків. Відповідальними за виконання вище запропонованих заходів мають бути лікарі-ортопеди дитячі, педіатри та ортодонти.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СКУПЧЕНОСТІ ЗУБІВ І ТОРТОАНОМАЛІЙ ТА ПРИЧИНИ ЇХ ВИНИКНЕННЯ.

PREVALENCE OF DENTAL CROWDING AND TORTOANOMALIY AND THEIR CAUSES.

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонтії ПВНЗ КМУ УАНМ
Саранчук О.В. лікар-інтерн НМУ ім. О.О. Богомольця
Саранчук О.В. доцент

Зав.кафедри - д.м.н., проф.Дорошенко С.І.

Актуальність теми. Розповсюдженість зубощелепних аномалій та деформацій продовжує бути досить високою і не прослідковується тенденції до її зниження. Окрему найбільш поширену групу серед них складають аномалії окремих зубів, зокрема скупченість та тортоаномалії. Останні є невід'ємним супутником скупченості зубів, що пов'язано з дефіцитом місця в зубній дузі. За даними різних авторів, розповсюдженість скупченості сягає від 20% до 68% і зростає з віком, а тортоаномалій - до 52%. (Куроєдова В.Д. 1997; Персін Л.С. 1998; Хорошилкіна Ф.Я. 1999; Головка Н.В. 2004; Фліс П.С., 2006; William R. Proffit. 2006; Мірчук Б.М., Ославський О.М. 2006; Дорошенко С. І., Саранчук О. В. 2010).

Мета дослідження – вивчити взаємозв'язок скупченості та тортоаномалії зубів і проаналізувати причини їх виникнення.

Матеріал та методика дослідження. Поширеність скупченості та тортоаномалій вивчали за даними масового обстеження школярів, причини виникнення – за даними анамнезу пацієнтів і клініці. Нами було обстежено 794 дітей у шкільних дитячих колективах, вік яких складав від 6 до 17 років та 128 пацієнтів, віком від 6 до 42 років, які звернулися за ортодонтичної допомогою на кафедру ортопедичної стоматології та ортодонтії ПВНЗ "Київський медичний університет УАНМ". Діагноз ставили після проведення клінічного обстеження, яке здійснювалося за загальноприйнятою методикою. Школярі були поділені на дві групи. Першу склали 275 дітей зі змінним періодом прикусом, другу - 519 з постійним. Пацієнти, які лікувались на кафедрі, в свою чергу, також були поділені на групи з урахуванням періоду прикусу. До першої увійшли 72 особи, до другої – 56 чоловік.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведене нами дослідження показало наступне. Серед обстежених школярів у першій групі (діти зі змінним прикусом) скупченість зубів спостерігалася у 43 (15,64%), тортоаномалії – у 29 (10,55%) дітей. У II групі (школярів з постійним прикусом) – скупченість - у 134 (25,82%), тортоаномалії – у 47 (9,06%). Поєднання цих двох аномалій окремих зубів зустрічалася у 44 осіб (16%) у I групі та у 38 осіб (12,14 %) - у II. Згідно результатів обстеження та анамнестичних даних, у пацієнтів, які лікувались на кафедрі ортопедичної стоматології та ортодонтії, у I групі відмічали раннє видалення зубів у 27 (37,52%), лінощі жування – у 21 (29,16%), спадковість - у 12 (16,71%), штучне вигодовування – у 9 (12,48%), затримка прорізування (пізнє прорізування) зубів - у 3 (4,17%) пацієнтів. У пацієнтів II групи раннє видалення зубів визначали у 18 (32,14%) осіб, лінь жування - у 10 (18,87%), спадковість – у 6 (10,71%), штучне вигодовування – у 3 (5,36%), затримка прорізування (пізнє прорізування) зубів - у 7 (12,59%), та початок прорізування третіх постійних молярів – у 12 (21,43%). Аналіз отриманих нами даних показав, що найчастішою причиною виникнення скупченості та тортоаномалії в обох вікових групах є раннє видалення зубів 27 (35,16%) лінощі жування 19 (24,22%) та спадковість 27 (35,16%). При чому ознака лінощів жування у дітей з тимчасовим прикусом у двічі більша. Вагомою причиною лишається також штучне вигодовування 11 (14,06%) - (в обох клінічних групах), а також прорізування третіх постійних молярів у другій 17 (21,43%). Зі слів батьків та самих пацієнтів, для

профілактичних оглядів зверталися лише 46 (63,88%) хворих у першій групі та 19 (33,93%) - у другій.

Висновки. Розповсюдженість скупченості зубів та тортоаномалій продовжує бути високою і складає 86,9%. Найпоширенішими причинами їх виникнення є раннє видалення зубів, спадковість та лінощі жування, що призводить до звуження зубних дуг та, як наслідку, дефіциту в них місця. У пацієнтів з постійним періодом прикусу вагомою причиною виникнення скупченості та тортоаномалій слугувало прорізування третіх постійних молярів. Недостатня інформованість батьків про причини виникнення ЗЦА, незадовільний стан профілактичної та просвітницької роботи в нашій країні є причинами пізнього звернення пацієнтів до ортодонта та розвитку у них стійких зубощелепних аномалій та деформацій.

СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ АДЕНТІЇ. METHODS OF TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH VARIOUS FORMS ADENTIYI.

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонції ПВНЗ КМУ УАНМ
Ієвлева Ю.В. - асистент кафедри, Бойко А. О. – студентка
Науковий керівник - проф., Дорошенко С.І.
Завідувач кафедри – проф., Дорошенко С.І.,

Актуальність теми. Найбільш розповсюдженими видами патології жувального апарату є зубощелепні аномалії та деформації, які зустрічаються більше чим у 50% дітей та підлітків (Л.С.Персін, 1995). Серед причин, що призводять до порушень прикусу значиму роль відіграє часткова та множинна адентія, а також дефекти зубних рядів (С. І. Дорошенко, 1991.. С. І. Тріль, 1992 та інші). За останні роки, згідно літературних даних, збільшилась кількість звернень хворих з вродженою частковою відсутністю зубів до стоматологів-ортодонтів від 5% до 22.8% (Т.А.Точіліна, 1983; С.Х.Агаджанян,1985; Ю. І. Бабаскін, 2000; Х.Н.Шамсієв, 1985; С.Bella; А.Ruprecht, 1986 та інші). В літературі наукові дослідження присвячені переважно клініці, діагностиці та лікуванню часткової адентії. Питання, що стосуються множинної та повної адентії залишаються недостатньо вивченими. Для адентії притаманна триада симптомів: відсутність зубів, відсутність волосся та відсутність потових залоз. Лікування адентії зводиться до застосування знімних зубних протезів, але особливості порожнини рота у таких пацієнтів, а саме недорозвинення альвеолярних відростків, плескاته піднебіння, конічна форма зубів, мілкий присінок порожнини рота, виражений торус не дають вирішити проблему надійної фіксації. Запропоновані деякими фахівцями способи фіксації знімних зубних протезів мають певні недоліки, а саме: неадекватне функціональне навантаження на зуби, нездатність амортизації жувального тиску атрофованою слизовою оболонкою, погіршення естетики та інше. Також деякі спеціалісти пропонують вдаватися до імплантації (О.Б.Кулаков

та співав.,1998; М.М.Угрин,2000; R.A.Smith,1993; та інші). Проте доцільність використання імплантатів в дитячому віці залишається дискусійною - незавершений ріст щелеп, недостатня висота альвеолярних відростків, порушення структури кісткової тканини (В.М.Арутюнян,С.Х.Агаджанян,1987; Н.В.Бондарець, 1993). Має місце оригінальний метод лікування адентії, розроблений Г. Є. Драновським (1978) – алотрансплантація зубних зачатків. Автор довів ефективність свого методу, як експериментально, так і клінічно, але впровадження даного методу в широку практику було обмежено. Враховуючи вищенаведене, метою стало підвищення ефективності ортопедичного лікування пацієнтів з адентією шляхом розробки раціональних та адекватних способів фіксації зубних протезів.

Матеріали та методи дослідження. Для цього нами було обстежено 39 пацієнтів з вродженою відсутністю зубів віком від 7 до 17 років, що звернулися за ортопедичною допомогою в клініку.

Результати досліджень та їх висновки. Хворі були розподілені на 3 групи з урахуванням форми адентії (за класифікацією С.І.Дорошенко та Ю.І.Бабаскіна), а саме: 1група- 26 осіб-діти та підлітки з частковою адентією; 2 група – 12 осіб з чисельною адентією, 3 група – 5 дітей з повною адентією та чисельною на одній із щелеп. Клінічне обстеження проводилося за загальноприйнятою методикою з використанням додаткових методів дослідження (біометрія діагностичних моделей, ортопантомографія, телерентгенографія та інше). На підставі проведених досліджень та клінічних спостережень були розроблені раціональні конструкції знімних зубних протезів та ефективні способи їх фіксації з використанням силіконової прокладки на базисах знімних протезів, формуванні штучного екватору із композиту на зубах конічної форми, на що отримано патент на корисну модель №24736 від 10.07.2007 року «Спосіб протезування дітей з множинною адентією та конічною формою зубів». Заміна силіконової прокладки здійснювалась кожні 4 місяці.

Проведені дослідження показали, що розроблені нами конструкції знімних протезів дозволяють раціонально розподілити функціональне навантаження на опорні зуби та тканини пародонту, покращити фіксацію зубних протезів, досягти естетичного оптимуму, соціально реабілітувати дітей з вродженою відсутністю зубів.

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ПІДГОТОВКИ ЗУБІВ ТА ЇХ КОРЕНІВ ДО ЗУБНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ FEATURES PREPARE OF TEETH AND THEIR ROOTS TO THE DENTAL PROSTHETICS

Ірха С.В. – асистент кафедри ПВНЗ «КМУ УАНМ»
Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонтії, м.Київ
Науковий керівник – зав. каф., д.м.н., проф. Дорошенко С.І.

Актуальність. Незважаючи на досягнення сучасної ендодонції, усунення радикальних кіст і гранульом орієнтоване, в основному, на їх хірургічне лікування, ігноруючи можливості ендоканального впливу на тканини періодонта. В стоматологічній практиці використовуються менш травматичні та безкровні способи, зокрема: електрохірургія (електрокоагуляція), електротомія. Окрім того, виділяють ще і третій вид - фульгурація. Вона використовується для більш сильного поверхневого руйнування тканин (обвуглювання), що досягається за рахунок іскрових розрядів, які виникають між електродом та тканиною на відстані 1-2 мм, тобто безконтактно.

Метою дослідження є підвищення ефективності ортопедичного лікування пацієнтів з дефектами зубних рядів при наявності коренів зубів шляхом розробки раціональних способів комплексної підготовки їх кореневих каналів до зубного протезування.

Матеріали та методи дослідження. Нами було прийнято на ортопедичне лікування 22 особи віком від 25 до 42 років. Обстеження пацієнтів проводилося за загальноприйнятою методикою. Для діагностики зокрема кістогранульом використовували допоміжні рентгенологічні методи дослідження: прицільна рентгенографія, комп'ютерна томографія. Окрім терапевтичної медикаментозної підготовки кореневих каналів була використана електрофульгурація за методикою, розробленою проф. С.І.Дорошенко та співавторами (патент на корисну модель № 57843 від 10.03.2011).

У результаті проведеного ортопедичного лікування при застосуванні комплексної підготовки до зубного протезування, як терапевтичної, так і електрохірургічної (електрофульгурації) при ретельно проведеному рентгенологічному контролі вже через 1-1,5 місяця відзначалося зменшення вогнища деструкції у апікальній частині коренів, а через 5-6 місяців повне завершення репаративного процесу.

Таким чином, проведені дослідження показали, що розроблена нами методика впливу на кістогранульоми через кореневий канал більш щадна і дозволяє уникнути травматичних хірургічних втручань.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІДКРИТОГО ПРИКУСУ У ПАЦІЄНТІВ РІЗНОГО ВІКУ. FEATURES OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OPEN BITE IN PATIENTS OF ALL AGES.

Кузьміна В.А.- магістрант кафедри, Довбенко С.А – лікар - стоматолог
Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонції ПВНЗ «КМУ УАНМ»
Зав. кафедрою – д.мед.н., професор Дорошенко С.І.
Науковий керівник – д.мед.н., професор Дорошенко С.І.

Актуальність теми: Відкритий прикус (ВП), хоч і не така розповсюджена зубощелепна аномалія (ЗЩА), проте питання його діагностики та лікування на

теперішній час залишаються досить актуальними. У спеціальній літературі ми не зустріли чітких вказівок щодо комплексного проведення обстеження пацієнтів з даним аномалійним видом прикусу. Авторами запропоновано ряд класифікацій з метою полегшення постановки діагнозу, проте кожний з них за основу брав різні діагностичні ознаки. У одних основним критерієм є локалізація вертикальної щілини (Л.В. Ільїна – Маркосян, 1967), у інших – це її протяжність (З.Ф. Василевська, 1969), а також величина вертикального зазору (Ф.Я. Хорошилкіна, 1982). Це пов'язано з різноманітністю клінічних форм дезоклюзії, які потребують диференційного підходу не тільки у визначенні заключного діагнозу, а й у складанні плану лікування та виборі раціональної ортодонтичної конструкції апарату, залежно від періоду формування прикусу.

Мета дослідження: На основі вивчення клінічних та рентгенологічних даних розробити алгоритм проведення диференційної діагностики клінічних форм відкритого прикусу у пацієнтів різного віку.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 34 пацієнта віком від 5 до 36 років з відкритим прикусом, які звернулися за ортодонтичною допомогою на кафедру ортопедичної стоматології та ортодонції КМУ УАНМ. Обстеження пацієнтів проводилося за загально – прийнятою методикою. При зборі анамнестичних даних особливу увагу звертали на спадкову схильність до даної ЗЩА, а також на наявність шкідливих звичок та патології ЛОР – органів. Проводили антропометричні вимірювання на діагностичних моделях за методом А. Pont (1903) визначали ширину зубних дуг на ділянці премолярів та молярів. Вимірювання довжини переднього відрізка верхньої зубної дуги проводили за методом G. Korkhaus (1936). Вивчали обличчя пацієнта у фас і профіль за методом Izard (). Для виявлення особливостей будови лицевого скелету у осіб, старше 12 років, проводили профільну телерентгенографію (ТРГ) голови, розшифровка якої здійснювалася за методом А.М. Schwarz (1962).

Результати дослідження: Проведені нами дослідження показали, що відкритий прикус, найчастіше набута ЗЩА в результаті шкідливих звичок та патологічних станів з боку системи ЛОР – органів на тлі порушеного обміну речовин. Відкритий прикус, як генетично обумовлений (спадковий) може мати як скелетну (гнатичну), так і зубоальвеолярну форму, їх диференціація можлива лише після проведення ТРГ. Клінічно зубоальвеолярна форма може проявлятися у трьох варіантах, а саме: затримка розвитку альвеолярного відростка верхньої щелепи (ВЩ) в ділянці фронтальних зубів при нормальному розвитку в бокових ділянках; надмірний розвиток альвеолярного відростка ВЩ в ділянці бокових зубів при нормальному його розвитку в області фронтальних зубів; затримка росту альвеолярного відростка лише в ділянці бокових зубів.

Окрім того, ВП може бути, як самостійною нозологічною одиницею (нейтральний ВП), так і у сполученні з сагітальними та трансверзальними аномаліями прикусу, переважно, з прогенією (III клас за Енглеєм).

Характерною ознакою ВП є наявність вертикальної щілини, різної за протяжністю та величиною, в залежності від форми та ступеня вираженості аномалії. Щілина може бути симетричною або асиметричною, відносно серединної лінії обличчя. Що стосується клінічних проявів даної ЗЩА у бокових ділянках, то вони багато в

чому залежать від етіологічних факторів, а також локалізації та топографії дезоклюзії. Тобто вертикальна щілина може бути одно- чи двосторонньою.

На підставі аналізу клінічних та додаткових методів дослідження нами був розроблений алгоритм проведення диференційної діагностики форм ВП, який включав наступні пункти (розділи).

- етіологія (спадковість, шкідливі звички, порушення функції дихання в зв'язку з захворюванням ЛОР – органів, тощо).

- локалізація вертикальної щілини: фронтальна ділянка – симетрична, асиметрична; бокова ділянка – одно – чи двостороння.

- величина вертикальної щілини (до 5мм, 5-9мм, більше 9мм).

- протяжність вертикальної щілини (у межах фронтальної групи зубів, тобто від ікла до ікла; фронтальних зубів та премолярів; фронтальних зубів, премолярів, та молярів).

- зубоальвеолярна, гнатична та комбінована форма ВП (за даними ТРГ-дослідження).

Висновки: Розроблений нами алгоритм проведення диференційної діагностики різних форм ВП дозволяє полегшити сам діагностичний процес, а також вибір раціонального методу лікування пацієнтів з даною ЗЩА в різні вікові періоди формування зубощелепного апарату.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ВІДКРИТИМ ПРИКУСОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПЕРІОДУ ФОРМУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНОГО АПАРАТУ.

FEATURES OF PATIENTS WITH OPEN BITE, DEPENDING ON THE PERIOD OF FORMATION ZUBOSCHELEPNOHO SYSTEM.

Кузьміна В.А.- магістрант кафедр.

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонтії ПВНЗ «КМУ УАНМ»

Зав. кафедрою – д.мед.н., професор Дорошенко С.І.

Науковий керівник – д.мед.н., професор Дорошенко С.І.

Актуальність теми: Відкритий прикус – патологічний вид прикусу у вертикальній площині, який найважче серед усіх зубощелепних аномалій піддається апаратурному ортодонтичному лікуванню. Питаннями удосконалення методів лікування дезоклюзії займалися багато спеціалістів, серед них значний внесок зробили Л.В. Ільїна – Маркосян (1953, 1963), Л.М. Рожкова (1951), З.Ф.Василевська (1960), Д.А. Калвеліс (1964), М.П. Кожокару (1972), А.С. Щербаков (1987), С. І Дорошенко (1991), Л.П. Григор'єва (1998), Л.П. Зубкова (1998), Л.С. Персин (1999), І.М Мигович (2000) та інші. В ортодонтичній практиці існує п'ять основних методів лікування, а саме: біологічний, апаратурний, фізіотерапевтичний, хірургічний та їх поєднання. Вибір методу лікування, як зазначають фахівці, залежить в першу чергу від віку пацієнта, тобто від періоду формування його зубощелепного апарату.

Мета дослідження: На підставі вивчення клінічних проявів та рентгенологічних ознак визначити найбільш доцільні методи лікування дезоклюзії залежно від віку пацієнтів.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 20 пацієнтів віком від 5 до 33 років з відкритим прикусом, які звернулися за ортодонтичною допомогою на кафедру ортопедичної стоматології та ортодонтії КМУ УАНМ. Усі пацієнти були розділені на три групи, залежно від стадії формування зубощелепного апарату. Перша група склали діти з тимчасовим прикусом, віком до 6 років (2 особи -10%), друга група - діти із змінним періодом прикусу, відповідно віком від 6 до 11 років (5 осіб - 25%) та третя група - підлітки і дорослі з постійним прикусом, віком від 12 до 33 років (13 осіб - 65%). Обстеження проводилося за загально – прийнятою методикою. Особливу увагу при зборі анамнезу звертали на спадковість та наявність шкідливих звичок, а також патологію ЛОР – органів. На діагностичних моделях визначали ширину зубних рядів на ділянці премолярів і молярів за методом А. Pont та довжину переднього відрізка верхньої зубної дуги за методом G. Korkhaus. У осіб, старших 12 років, проводили бокову телерентгенографію (ТРГ) голови, розшифровку якої здійснювали за методом А.М. Schwarz.

Результати дослідження: Після ретельного вивчення клінічних проявів та рентгенологічних ознак, нами були визначені найбільш оптимальні методи лікування пацієнтів з відкритим прикусом у віковому аспекті.

У період тимчасового прикусу перш за все потрібно провести санацію ЛОР – органів та нормалізацію положення язика, тобто боротьба з шкідливою звичкою прокладання його між зубними рядами. Досягається це за допомогою внутрішньоротової решітки чи заслонки, елементами конструкції ортодонтичного апарату. Наступним кроком є проведення комплексу міогімнастичних вправ для тренування кругового м'яза рота. В кінці тимчасового та на початку змінного періодів прикусу ватро застосовувати регулятор функції Френкеля IV типу з оклюзійними накладками. При відкритому прикусі у поєднанні з дистальним співвідношенням перших постійних молярів - регулятор I та II типу та регулятор III типу - у поєднанні з мезіальним співвідношенням.

У період зміни зубів - основний напрямок лікування направлений на «вколювання» бокових груп зубів. З цією метою у конструкцію ортодонтичного апарату включають оклюзійні накладки. Найчастіше у цей період ми застосовували апарат Андресена – Гойпля .Лікування дезоклюзії у пацієнтів з постійним прикусом дуже складне, досить тривале та потребує комплексної підготовки. Залежно від супутніх аномалій прикусу та окремо стоячих зубів у таких пацієнтів ми застосовували апарати для розширення щелеп, міжщелепну тягу, застосування як фізіотерапевтичних так і хірургічних втручань. При незадовільних результатах ортодонтичного лікування застосовують протетичне лікування, тобто протезування.

Висновки: Відкритий прикус, це зубощелепна аномалія найчастіше набута в результаті шкідливих звичок та патології зі сторони ЛОР – органів, тому профілактику та лікування його краще проводити в тимчасовому періоді прикусу. Найважче та найтриваліше ортодонтичне лікування дезоклюзії в період постійного прикусу, яке потребує попередньої комплексної підготовки та не завжди дає бажанні позитивні результати.

ЗУБНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ ФРОНТАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ В ТИМЧАСОВОМУ ПЕРІОДІ ПРИКУСУ TREATING DENTITION DEFECTS FRONTAL AREA OF CHILDREN IN THE TIME PERIOD OF OCCLUSION

Махницький Д. М., асистент кафедри.

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонції КМУ УАНМ.

Актуальність теми. Втрата фронтальних зубів досить поширене явище. Вживання солодких напоїв та цукерок типу «Чупа-чупс», разом з незадовільною гігієною порожнини рота призводить до швидкого руйнування передніх зубів. При втраті «естетичної четвірки» відбувається не тільки зубоальвеолярне видовження зубів-антагоністів, які виникають в 10 разів швидше ніж у дорослих, а і вкорочення зубного ряду, затримка прорізування постійних зубів, порушення вимови звуків (Ільїна-Маркосян Л. В. 1974, Дорошенко С. І. 1991, Тріль С. І. 1994).

Мета дослідження. Підвищити ефективність дитячого зубного протезування при дефектах зубних рядів у фронтальній ділянці шляхом розробки раціональних конструкцій знімних протезів.

Матеріал і методи. Нами обстежено і взято на лікування 49 дітей з дефектами зубних рядів фронтальної ділянки верхньої щелепи віком від 3 до 6 років. Всі пацієнти були обстежені за загальноприйнятою методикою з використанням клінічних та додаткових методів обстеження.

Основні результати. Проведені дослідження показали, що у дітей в період тимчасового прикусу несприятливі умови в порожнині рота для фіксації часткових знімних акрилових протезів. Не сприяє цьому і розширення базису протеза для покращення адгезії, бо протез стає більш громіздким та незручним у використанні. Пластинчасті протези з акрилової пластмаси мають ще ряд вагомих недоліків: пористість, залишковий мономер, шорсткість поверхні, що прилягає до протезного ложе.

Враховуючи вищенаведене нами був розроблений частковий знімний протез. В якості базису були використані пластини для термовакуумформування та штучні зуби, які встановлені на ньому за допомогою швидкотвердіючої пластмаси, що не містить метилметакрилату.

Висновки. Проведені дослідження засвідчили, що запропоновані нами дитячі зубні протези забезпечують кращу фіксацію на протезному ложе, ніж акрилові часткові знімні протези, за рахунок більш гладкої внутрішньої поверхні. Вони виготовлені з однаковою товщиною на всій площі протезного ложе і більш точно повторюють рельєф слизової оболонки твердого піднебіння. Тому пацієнти швидко до них адаптуються. Окрім того вони мають відмінний естетичний вигляд і відзначаються простотою виготовлення.

ЗНАЧЕННЯ АКСІОГРАФІЇ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ НЕЗНІМНИМИ ОРТОПЕДИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ CONSEQUENSIS OF AXIOGRAPHY IN PROSTHESIS WITH NONREMOVABLE ORTHOPEDIC STRUCTURES

Павлик А.В. – асистент кафедри ПВНЗ «КМУ УАНМ»

Сенчук М.І. – студент стоматологічного факультету, 4 курс

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонтії

Науковий керівник – зав. каф., д.м.н., проф. Дорошенко С.І.

Актуальність. Аномалії оклюзії у дорослих в 98% випадках поєднуються з частковою втратою зубів (Шварц А.Д., 1994) і майже завжди супроводжується значними морфологічними, функціональними, естетичними і психологічними проблемами. Клінічна картина залежить не тільки від протяжності дефекту зубного ряду (ДЗР), а і від причин, які сприяють виникненню ДЗР, особливостей прикусу, віку пацієнта, наявності у нього різних захворювань місцевого та загального характеру.

Зростання вимог до якості протезування на сучасному етапі розвитку стоматології, естетики лица і посмішки пацієнта, нормалізації оклюзії зубних рядів і функцій жувального апарату обумовлюють необхідність застосування додаткових, більш об'єктивних методів обстеження. До таких належить аксіографія, яка проводиться за допомогою спеціального приладу – аксіографа, котрий дозволяє вивчати рухи нижньої щелепи (НЩ) в трьох взаємно перпендикулярних площинах, та отримати всі дані про суглобовий шлях, тип жування, особливості сагітальних рухів НЩ, взаємозв'язок між положенням суглобових головок та оклюзійними контактами зубів. Всі ці дані дають можливість оцінити функціональний стан скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), що важливо враховувати при виборі конструкцій зубних протезів, особливо незнімних.

Мета дослідження. Підвищення ефективності зубного протезування пацієнтів з частковими дефектами зубних рядів незнімними ортопедичними конструкціями.

Матеріали та методи дослідження. Нами обстежено 25 пацієнтів, які були розподілені на 2 групи: 1-ша – контрольна, в якій незнімні ортопедичні конструкції виготовлялись із застосуванням оклюдатора (15 осіб). 2-га – основна, в якій конструкції виготовлялись із використанням артикулятора з урахуванням даних аксіографії (10 осіб). На етапі перевірки оцінювалась необхідність додаткової корекції зубних протезів.

Результати. Проведені дослідження показали, що виготовлення незнімних зубних протезів при ДЗР, особливо великої протяжності, з застосування оклюдатора в більшості випадків потребує корекції оклюзії на готових роботах, що знижує їх міцність, функціональну цінність та естетичність.

Висновки. Проведені дослідження показали, що виготовлення незнімних конструкцій зубних протезів із застосуванням артикулятора доцільно проводити з урахуванням даних аксіографії. Це дозволяє в подальшому уникнути супраконтатів, і таким чином забезпечити не тільки функціональні, а і естетичні їх якості.

ВИБІР КОМПОЗИЦІЙНОГО ПЛОМБУВАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ ДЛЯ АДГЕЗИВНОГО ВОЛОКОННОГО ШИНУВАННЯ ЗУБІВ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З УРАХУВАННЯМ МЕХАНІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

CHOOSING A COMPOSITE FILLING MATERIAL FOR ADHESIVE FIBER SPLINTING OF TEETH IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS CONSIDERING THE MECHANICAL FEATURES OF DENTAL TISSUES

Печковська І.М. – асистент кафедри ПВНЗ «КМУ УАНМ»

Суліма О.В. – студент 5-го курсу 1004 групи стоматологічного факультету

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонції м.Київ

Науковий керівник – зав.каф.,д.мед.н.,проф.Дорошенко С.І.

Актуальність. Проблема вибору пломбувальних матеріалів з адекватними механічними характеристиками для шинування рухомих зубів при генералізованому пародонтиті шинами з композиційних матеріалів, армованих скловолокном, є актуальною проблемою стоматології.

Композиційний матеріал повинен не тільки утворювати міцний хімічний зв'язок з твердими тканинами зубів, але й мати механічні властивості, близькі до таких у емалі і дентину, тому що істотна різниця в модулі пружності пломби та емалі може призвести до різних за величиною деформацій, які виникають в них при жуванні, і концентрації напружень на межі емаль-композит. В результаті по межі розділу можуть утворюватись мікротріщини, які будуть призводити до вторинного карієсу.

Мета дослідження: підвищення ефективності адгезивного волоконного шинування зубів у хворих на генералізований пародонтит шляхом вибору найбільш раціонального композиційного матеріалу, що використовується для адгезивної армованої шинуючої системи (ААШС), з урахуванням механічних властивостей твердих тканин зубів.

Матеріали та методи дослідження.

Для визначення механічних властивостей твердих тканин зубів і композиційного матеріалу, що використовувались для ААШС, нами застосовувалась методика випробувань методом наноіндентування. Дослідження проводили за допомогою прикладання навантаження до індентора Берковича (тригранна піраміда) на нанотвердомірі Nano Indenter II фірми «MTS Systems» (США). Максимальне навантаження на індентор складало 10 мН (≈ 1 грам). Дослідження проводили у відділі міцності надтвердих матеріалів Інституту надтвердих матеріалів імені В.М.Бакуля НАН України.

Зразки запломбованих зубів розрізали алмазним диском на плоскопаралельні пластинки товщиною близько 1мм. Потім пластинки полірували на замші алмазним порошком з низхідною зернистістю від 5 до 1 мікрон. Перед випробуванням поверхню зразка протирали етиловим спиртом для видалення забруднень. Всього було досліджено 8 зубів з шинами.

Відбитки наносили на емаль, дентин і композит, який використовували для шинування (мікрогібридний композит “Діпол”(Оксомат-Діпол АН), ”Flow composite” (Оксомат-Діпол АН, Україна).

Результати дослідження. Дослідження проведені за допомогою методу наноінтенування показали, що твердість емалі дорівнює 2,9-4,6 ГПа, дентину-0,9-1,2 ГПа, органічної матриці текучого композиту-0,4 ГПа, а його неорганічного наповнювача-6,8 ГПа. Отримані дані засвідчили, що механічні властивості неорганічного наповнювача близькі до таких емалі та дентину. Метод наноінтенування дозволив об’єктивно визначити твердість і модуль пружності твердих тканин зубів та адгезивних шин. На цій підставі нами була розроблена формула розрахунку твердості композиційного матеріалу, яка дала можливість моделювати шини з механічними характеристиками, близькими до твердих тканин зубів та підтвердила необхідність використання високонаповненого композита для нанесення «оклюзійного» шару шин.

Висновок. Механічні властивості органічної матриці обраного нами текучого композиту та його неорганічного наповнювача відповідають таким емалі та дентину і можуть бути успішно застосованими в практиці ортопедичної стоматології для шинування зубів у пацієнтів хворих на генералізований пародонтит.

**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ ЗУБОЩЕЛЕПНОГО
АПАРАТУ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБІВ ТА ЗУБНИХ РЯДІВ
УСКЛАДНЕНИМИ ВТОРИННИМИ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ
ДЕФОРМАЦІЯМИ
OPTIMISATION DIAGNOSIS OF DENTITION APPARATUS IN
PATIENTS WITH DEFECTS AND TEETH TEETH SERIES
COMPLICATIONS SECONDARY DENTITION STRAIN**

Федорова О.В. – асистент кафедри ПВНЗ «КМУ УАНМ»

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонції

Науковий керівник – зав. каф., д.м.н., проф. Дорошенко С.І.

Актуальність: Спостереження багатьох дослідників вказують на те, що втрата навіть одного зуба або декількох зубів за відсутності своєчасного ортопедичного лікування є основним фактором розвитку зубощелепних деформацій (ЗЩД), які в вітчизняній науковій літературі отримали назву вторинних зубощелепних деформацій (ВЗЩД) (Гаврилов, 1992; Дорошенко С. І., 1991; Король М. Д. 2004; Біда В. І., 2006).

Розповсюдженість ВЗЩД за різними даними складає від 28,8% до 55% серед дорослого населення та від 56 до 92% серед пацієнтів, що звертаються за ортопедичною стоматологічною допомогою. Зубощелепні деформації ускладнюють протезування зубів та зубних рядів, що потребує виваженого підходу до проведення діагностичного процесу та вибору раціонального способу

лікування. Комплексне лікування пацієнтів із ВЗЩД є загальноприйнятним і не викликає сумнівів в його доцільності, так як воно направлене на усунення деформації зубних рядів, нормалізацію функцій пародонта, жувальних м'язів і всього зубощелепного апарату в цілому. Характер ВЗЩД та їх тяжкість багато в чому залежать від етіології, кількості антагонуючих зубів, віку пацієнтів, від залученості у патологічний процес скронево-нижньощелепних суглобів, жувальних м'язів, тощо. Тому дуже важливого значення набуває повна і достовірна диференційна діагностика порушень всіх складових елементів зубощелепного апарату при наявності дефектів зубів та зубних рядів. У випадку неповної або недостовірної діагностики стандарт стоматологічної допомоги може стати неадекватним клінічному стану пацієнта, а наслідки такої допомоги набути непередбачений характер.

Мета дослідження: Оптимізувати діагностику порушень зубощелепного апарату у пацієнтів з дефектами зубів та зубних рядів ускладнених ВЗЩД шляхом розробки алгоритму проведення диференційної діагностики з урахуванням основних діагностичних критеріїв.

Матеріали та методи: Нами було прийнято на ортопедичне лікування 67 пацієнтів із ВЗЩД, із них 42 особи жіночої та 25 (37,3%) пацієнтів чоловічої (62,7%) статі. Пацієнти були розподілені на дві основні клінічні групи: 1 група - 43 (64,2%) особи, які мали включені дефекти зубних рядів та 2 група - 24 (35,8%) пацієнтів з дистально необмеженими дефектами зубних рядів. В кожній групі виділили 3 вікові підгрупи: перша 18-24 років; друга 25-45, третя 46-65 і старше. Обстеження пацієнтів проводилося за загальноприйнятою методикою із використанням клінічних та лабораторних методів дослідження.

При попередньому обстеженні з метою виявлення дискоординації роботи жувальних м'язів та наявності порушень СНЩС використовувався скорочений "гамбургський тест" (Ahlers M.O.; Jarstat H.A.2000) Для спрощення обробки даних були складені карти попереднього обстеження пацієнтів. Якщо попереднє обстеження вказувало на наявність ВЗЩД та порушення функції зубощелепного апарату, то проводилося розгорнуте клінічне дослідження зубощелепної системи та застосовувалися додаткові методи дослідження: оклюзіографія, внутрішньоротова функціографія, біометрія діагностичних моделей, фотометрія, рентгенографічні методи дослідження (дентальна прицільна рентгенографія, ортопантомографія, КТ, ТРГ тощо.). З метою кращого визначення обсягу та послідовності комплексної підготовки ланок зубощелепного апарату класифікували ВЗЩД згідно класифікацій запропонованих Дорошенко С.І. (1985) та Миликевичем В.Ю. (1969), за якими був складений алгоритм обстеження.

Результати. Проведені дослідження показали, що алгоритм диференційної діагностики з урахуванням основних діагностичних критеріїв за класифікаціями ВЗЩД Дорошенко С.І. та Миликевича В.Ю. дозволяють враховувати ВЗЩД зі змінами в 3 площинах (сагітальній, вертикальній, трансверзальній), крім того відображають етіологію та патогенез ВЗЩД, що виникли на тлі ортогнатичного прикусу, первинних аномалій, деформацій прикусу, патологічних процесів та стану тканин пародонта. За допомогою класифікацій враховується стан висоти

прикуса (не змінена, знижена, нефіксована), що дозволяє диференціювати справжнє зубоальвеолярне від несправжнього. В класифікації Дорошенко також виділяються форми ВЗЩД: зубна, зубоальвеолярна, щелепна. При огляді пацієнтів відмічали також ступінь розвитку ВЗЩД за допомогою схеми систематизації розробленою Миликевичем (1969), визначаючи ступінь висування зуба, що втратив антагоністів за межі оклюзійної площини з урахуванням атрофії альвеолярної частини при вертикальній дентальній та дентоальвеолярній формі ВЗЩД. Окрім того визначали ступінь нахилу зуба, що обмежував дефект зубного ряду, наявність корпусних переміщень (та їх ступінь), або поворот зуба навколо вісі при горизонтальних ВЗЩД.

Висновки.

- Комплексна підготовка до зубного протезування пацієнтів із ВЗЩД зумовленими втратою зубів та несвоєчасною або неадекватною їх компенсацією є невід'ємною частиною сучасного раціонального ортопедичного лікування і повинна охоплювати всі ланки зубощелепного апарату.
- Проведення всебічного і ретельного обстеження хворих із ВЗЩД із залученням сучасних додаткових методів дослідження та деталізація функціональних і морфологічних змін зубощелепного апарату за допомогою класифікації ВЗЩД за Дорошенко С.І. та Миликевичем В.Ю. дозволяє більш точно встановлювати причинно-наслідковий зв'язок виникнення та розвитку ВЗЩД, визначати повний обсяг та послідовність необхідної підготовки та обирати найбільш раціональний метод лікування.

ПРОТЕЗУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ, ВИГОТОВЛЕНИМИ З РІЗНИХ БАЗИСНИХ МАТЕРІАЛІВ. PROSTHETIC PATIENTS WITH PARTIAL LOSS OF TEETH DENTURES, MADE FROM DIFFERENT BASE MATERIALS.

Черніков І.М., Волошина В.Л., асистенти кафедри ПВНЗ «КМУ УАНМ»

Грицюк І.А., Лука Д.В., Магомедова С.А., студенти
стоматологічного факультету 5 курс.

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонтії

Зав.каф.- д.м.н., проф. Дорошенко С.І.

Науковий керівник- д.м.н. проф. Дорошенко С.І.

Актуальність. Вибір матеріала для виготовлення знімних протезів при заміщенні відсутніх зубів і на даний час залишається однією з головних проблем ортопедичної стоматології. На початку історії протезування часткових дефектів зубних рядів використовувався каучук, який мав багато недоліків. З 1938 року його стали замінювати акриловими пластмасами, а вже у 1975 році в Японії при департаменті науки був створений спеціальний комітет по штучним органам людини і розроблений багаторічний план науково-дослідницької роботи по

вивченню термопластів медичної чистоти. На сьогоднішній день матеріали із групи термопластів вже широко застосовуються при протезуванні пацієнтів з частковою втратою зубів. Але питання якому матеріалу слід надати перевагу при виготовленні базису часткового знімного протезу постає перед лікарем кожен раз коли він починає протезування таких пацієнтів.

Мета дослідження. Провести порівняльну оцінку застосованих в ортопедичній практиці базисних матеріалів для виготовлення знімних протезів у пацієнтів з частковою втратою зубів за даними спеціальної літератури.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз доступної спеціальної літератури (30 джерел) для вивчення впливу на тканини ротової порожнини базисів часткових знімних протезів, виготовлених із акрилових пластмас та матеріалів групи термопластів.

Результати. Проведений нами аналіз доступних джерел спеціальної літератури показав, що на теперішній час опублікована значна кількість робіт, присвячених застосуванню акрилових пластмас для виготовлення базисів часткових протезів. Такі зубні протези нерідко викликають явища їх нестерпності, внаслідок впливу на організм людини, зокрема порожнини рота, метилметакрилату та інших легких сполук (за деякими даними від 1,7% до 12,3%, Василенко З.С., 1975; Гожая Л.Д., 1988, 2001; Сісоев Н.П., 1991; Жолудев С.Е., 1998; Djerassi E., Berowa N., 1966; Wagner I., 1984; Blondeel A., De Rijcke S., Dooms-Goossens A., Ledoux M., 1991; Joshi A., Donglass D.J., 1994). Ці дані не є новими, і вони у науковій літературі широко обговорюються. Здійснюється багато спроб знизити цей вплив, шляхом удосконалення способів полімеризації пластмас, використання металізації базисів, нанесення біопокриття на базиси (Шурка А-А.Й., 1976; Гожая Л.Д., 1988; Жолудев С.Е., 1990 та інші).

Процес виділення в ротову порожнину залишкового мономеру пояснюється явищами деструкції пластмаси, зумовленими як природною деструкцією, так і біодеструкцією (під впливом середовища порожнини рота). Але існує також можливість дії ще і на «мікробний компонент» біодеструкції. В досліджах було доведено, що акриловий матеріал «Фторакс» не схильний до заселення умовно-патогенними мікроорганізмами. Вже через місяць мікроорганізми практично повністю зникають. Але ці дослідження автори проводили поза організмом людини (М.Я.Нідзельський, Л.Р.Криничко, 2011).

Однак є і інші свідчення, за якими мікрофлора порожнини рота у пацієнтів що користуються акриловими протезами значно відхиляється від нормального біоценозу, в порівнянні з пацієнтами, які користуються нейлоновими протезами. Так кількість стрептококів у пацієнтів з протезами, базис яких виготовлений з «Фтораксу» становить $10^7 - 10^8$ КОЕ/МЛ., а у пацієнтів з нейлоновими протезами – $10^5 - 10^6$ КОЕ/МЛ., при значеннях нормального біоценозу порожнини рота 10^5 КОЕ/МЛ. (Сирота М.О., 2010 р.)

При користуванні протезами на протязі трьох років збільшується концентрація стрептококів до рівня 10^8 КОЕ/МЛ у пацієнтів з акриловими протезами та у пацієнтів з нейлоновими протезами до 10^6 КОЕ/МЛ. (І. П. Рижова зі співавторами, 2008).

В другій частині дослідження нами був проведений аналіз даних по проблемі атрофії альвеолярного відростку під базисами зубних протезів виготовлених з акрилатів та нейлону. Відомо, що на ділянках беззубого протезного ложа, де величина діючих зусиль від базису протезу велика, виникає прискорена деструкція кісткової тканин щелепи, особливо губчатої (Марков Б.П., 1988; Калініна Н.В., 1990; Копейкін В.Н., 2004; Marxkors R. 2005 та ін.)

Проведені Сиротою М. О. (2010 р.) дослідження показали, що нейлоновий протез рівномірно розподіляє навантаження в тканинах протезного ложа в день накладання за рахунок своєї еластичності, проте через рік внаслідок атрофічного процесу, збільшується тиск на альвеолярний відросток. Акриловий протез більш жорсткий відносно нейлонового, дає високий рівень місцевих напружень в тканинах протезного ложа в день накладання. По мірі атрофії альвеолярного відростку жувальний тиск сприймається все більшою мірою опорними зубами і протез наче «висне» на них, а протезне ложе безпосередньо під штучними зубами розвантажується і виникає необхідність перебазування акрилового протезу.

Найбільш інтенсивна атрофія кісткової тканини альвеолярного відростку, як показали дані спеціальної літератури, відбувається протягом першого року користування знімними протезами і складає в середньому 0,69 мм у пацієнтів з акриловими базисами, та 0,53 мм з нейлоновими базисами.

Через 2 роки користування знімними протезами атрофія кісткової тканини продовжує збільшуватися (0,75 мм та 0,68 мм відповідно).

Висновки. Проведений аналіз даних літератури свідчить про те, що при наявності часткових дефектів зубних рядів вибір матеріалу для базисів протезів є дуже відповідальним етапом протезування, від якого залежить в першу чергу якість життя пацієнта. Тому перевагу слід надавати матеріалам індиферентним, найменш токсичним та найбільш функціонально повноцінним

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ЗУБІВ. FEATURES OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF TRAUMATIC INJURIES OF TEETH

Черепинський О.А.. – асистент кафедри ПВНЗ «КМУ УАНМ»
Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонції
Науковий керівник – зав. каф., д.м.н., проф. Дорошенко С.І.

Актуальність. Лікування пацієнтів із травматичними ушкодженнями зубів є невід'ємною частиною загальної стоматологічної практики. Потреба в такому лікуванні буде залишатися і надалі, враховуючи зростаючу кількість щелепно-лицевих травм в результаті дорожньо-транспортних пригод, спортивні травми, фізичну діяльність, що пов'язана з ризиком, насильства над дорослими та дітьми у сучасному суспільстві. Ефективність лікування травматичних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки багато в чому залежить від тяжкості ураження її тканин.

Травма включає в себе не тільки один зуб, а й численні травми багатьох зубів та їх періапикальних тканин. Тому тактика лікування при цьому повинна бути виваженою з урахуванням ступеня тяжкості ураження та об'єму ушкоджених органів і тканин. Ряд досліджень підтвердили, що перелом зуба призводить до поглинання енергії удару і зводить до мінімуму ушкодження періапикальних тканин (Robertson A, Andreasen JO). При травматичних ушкодженнях зубощелепного апарату ушкоджуються не тільки зуби, а й оточуючі його тканини, в тому числі і м'які.

Метою роботи є визначення ступеня життєздатності не тільки травмованих зубів, а й оточуючих тканин, та здатності їх до регенерації.

Матеріали та методи дослідження. Нами було обстежено 83 пацієнта віком від 27 до 54 років, які мали травму зубів. Усім пацієнтам було проведено загальноприйняте клінічне обстеження, з обов'язковим використанням рентгенологічних методів дослідження, а також електро-одонто-діагностики (ЕОД).

Результати. Всі стоматологічні травми, як показали клінічні спостереження, повинні спостерігатися протягом часу, та включати в себе клінічні обстеження, рентгенографічний контроль та тестування чутливості не тільки зубів, а й ясен.

Негативні результати при тестуванні чутливості ясен протягом часу свідчать про їх некроз. Проте втрата чутливості ясен говорить лише про наявність чи відсутність іннервації. Кровоносні судини і нерви, як відомо, відрізняються своєю еластичністю. Тому порушена іннервація зуба ще не означає порушення кровопостачання ясен. Крім того, можлива реваскуляризація ясен без наявності нейронної регуляції. Таким чином, відсутність позитивного результату тестування чутливості ясен ще не означає автоматично втрату життєздатності тканин ясен. Особливої уваги слід надавати клінічному вивченню змін в динаміці, що відбуваються у яснах як усередині, так і на їх поверхні. Якщо кальцифікація твердих тканин зубів відбулася, оточуючі м'які тканини повинні розглядатися як життєздатні, навіть якщо відповідь на тестування чутливості ясен є негативною або неоднозначною. У 49 (59%) пацієнтів в процесі проведення нами лікування відбулися не тільки реваскуляризація, а й реіннервація ясен, що сприяло скороченню термінів їх реабілітації.

Висновки. Перед лікуванням травматичних ушкоджень зубів необхідно визначати ступінь життєздатності не тільки пульпи, а й оточуючих тканин. Порушена іннервація ясен може відновлюватись завдяки реваскуляризації, що свідчить про позитивні репаративні процеси в тканинах.

ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО ПРИКУСУ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ. TREATMENT OF DEEP BITE IN THE AGE ASPECT.

Яворська М.М., Яковчук В.П.

Кафедра ортопедичної стоматології та ортодонтії ПВНЗ «КМУ УАНМ»

Зав. кафедрою – д.мед.н., професор Дорошенко С.І.

Науковий керівник – д.мед.н., професор Дорошенко С.І.

Актуальність теми: Вивченню питань лікування глибокого прикусу у спеціальній літературі приділяється велика увага. Це пов'язано з тим, що глибокий прикус характеризується різноманітністю клінічних його форм, що потребує диференційного підходу не тільки у визначенні діагнозу, а й у складанні плану лікування та виборі раціональної конструкції ортодонтичного апарату. (Хорошилкіна Ф.Я, 1969, 2007, Щербаков А .С., 1987,2005, Майчуб І. Ю., 1997, Персін Л.С., 1998, Арсеніна О.І, 1999, McNamara J A, 1993, Clark W J., 1995 , R Alexander, 1997 та ін). Проте в доступній нам спеціальній літературі ми не зустріли чітких вказівок відносно тактики лікування глибокого прикусу у віковому аспекті.

Мета дослідження: На підставі вивчення даних клінічних та рентгенологічних досліджень, визначити найбільш ефективні методи лікування пацієнтів з глибоким прикусом з урахуванням їх віку.

Матеріали та методи:Нами було обстежено та прийнято на лікування 36 осіб з глибоким прикусом віком від 4 до 30 років. Обстеження проводилося за загальноприйнятою методикою. Усіх пацієнтів було розподілено на три вікові групи: I - 9 (25 %) – дітей зі тимчасовим періодом прикусу (від 4 до 5,5 років); 13 (36,1%) – з змінним прикусом (від 6 до 12 років) та 14 (38,8%) осіб – з постійним прикусом (від 13 до 30 років). При зборі анамнестичних даних звертали особливу увагу на спадкову схильність до даної ЗЩА, а також на наявність дефектів зубних рядів та шкідливих звичок. При обстеженні застосовували такі методи: клінічні (обстеження зубних рядів), антропометричні (вимірювання моделей за Поном та Коркхаузом) та рентгенологічні (ортопантомографію та ТРГ за показаннями).

Результати дослідження та їх обговорення:

Проведені дослідження показали наступне. В період тимчасового прикусу (в I групі) дітям слід рекомендувати вживання більш твердої їжі, що стимулює нормальний розвиток зубних рядів, альвеолярних відростків та щелеп. У випадку каріозного руйнування тимчасових зубів вони підлягають відновленню для створення нормальних оклюзійних контактів. При наявності шкідливих звичок у дітей в ранньому віці доцільно застосовувати вестибулярні пластинки. Рання втрата тимчасових зубів, особливо бокових, призводить до зниження висоти прикусу та потребує компенсування дефектів зубних рядів протезами з метою профілактики глибокого прикусу.

При виборі конструкції зубних протезів необхідно враховувати стан наявних зубів, вид прикусу, положення нижньої щелепи в стані фізіологічного спокою та звичної оклюзії, аномалії положення окремих зубів та форми зубних рядів. Найбільш ефективним у даній групі дітей, як показали дослідження, був апарат Френкля II типу, який стимулював ріст щелеп та прорізування зубів на необхідну висоту їх коронок.

В кінцевому періоді тимчасового та ранньому періоді змінного прикусів, тобто з 5,5 років доцільно починати активне ортодонтичне лікування. В період змінного прикусу (у II групі) порушення, що пов'язані з ранньою втратою тимчасових або постійних зубів, як засвідчили дані досліджень, були більш вираженими.

Підвищення висоти прикусу проводили на штучних зубах протезу, що полегшувало ортодонтичне лікування та сприяло зубоальвеолярному вкороченню на ділянці зубів, які висунулися, а першим постійним молярам створювало фізіологічні умови для повного їх прорізування, тобто на повну висоту коронкової частини і тим самим дозволяло реалізувати II період підвищення висоти прикусу, який є найбільш відповідальним у плані подальшого правильного формування зубощелепного апарату у дитини.

Підвищення висоти прикусу дозволяло одночасно зменшити глибину різцевого перекриття. З метою розмикання бокових зубів застосовували знімну пластинку для верхньої щелепи з фіксуючими пристосуваннями та накусувальною площадкою у фронтальній ділянці.

Усунення протрузії різців, як показали клінічні спостереження призводить до поглиблення різцевого перекриття, що слід враховувати при плануванні лікування та прогнозуванні його результатів.

Для лікування пацієнтів з глибоким прикусом, ускладненим дистальним з протрузією верхніх різців, застосовували апарати Андресена – Гойпля в конструктивному прикусі, який дозволяв провести одночасно корекцію форми зубних дуг та положення окремих зубів, підвищити висоту прикусу, а також перебудову елементів СНЩС та жувальних м'язів.

У випадку ретрузії різців верхньої щелепи використовують апарат з гвинтом, та протракторами для різців, а також з накушувальною площадкою.

Апаратне лікування пацієнтів з глибоким прикусом в старшому віці менш перспективне, тому, що деякі періоди становлення висоти прикусу залишилися нереалізованими. Так, IV період підвищення висоти прикусу, який пов'язаний з прорізуванням третіх молярів не відбувся у 5 пацієнтів із-за адентія цих зубів. У дорослих при лікуванні ГП слід надавати перевагу двощелепним знімним апаратам, зокрема апарату Андресена-Гойпля, який дозволяє проводити не тільки корекцію положення окремих зубів, а й розширення зубних дуг та піднебіння, а також здійснювати одночасно перебудову елементів в СНЩС та мускулатури, тобто міофункціонального рефлексу.

Висновки: Ортодонтичне лікування пацієнтів з глибоким прикусом найбільш ефективно при прорізуванні постійних молярів, тобто в періоди фізіологічного підвищення висоти прикусу. Найбільш ефективними апаратами в II та III вікових групах пацієнтів з ГП, є Апарат Андресена-Гойпля, який дозволяє на ранніх етапах лікування досягти позитивних результатів.

Профілактична медицина

КІМНАТНІ РОСЛИНИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В ЖИТЛОВИХ ПОМЕШКАННЯХ. PLANTS AND THEIR IMPACT ON HUMAN HEALTH IN RESIDENTIAL HOMES.

Корнійко Н. А. - студентка медичного факультету 1 курсу
Київський медичний університет УАНМ, м. Київ, Україна.

Соціальне становлення людини невід'ємно зв'язане з рослинним світом. Помешкання людини в будівлях з неприродного матеріалу має цілу низку проблем, які зв'язані зі станом її здоров'я. Тобто, сучасна людина в більшості випадків відірвана від природи. І це ненормально. Лінолеум, фарба і лак, якими покриті стіни і меблі, пластик, паркет, синтетичні килими, телевізори, комп'ютери, телефони, телефакси – словом, все, чим оточила себе сучасна людина, виділяє шкідливі хімічні речовини.

Що ж робити? Шукати допомоги у природи. Тобто постаратися оточити себе різними рослинами, які, активно вбираючи все шкідливе, ще й виробляють кисень і сприятливо впливають на людину своїм біополем.

У сучасних панельних будинках із залізобетону вологість повітря набагато нижча за норму - майже як в пустелі. І тут на допомогу може прийти унікальна рослина, здатна перетворити пустелю на оазис, - циперус. Водно-газовий обмін в приміщенні покращують антуріум, маранта і монстера. Співробітники Американського агентства по аеронавтиці і космічним дослідженням (НАСА) з'ясували, що хлорофітум, плющ, хризантема і алое є високоефективними очисниками повітря.

Багато кімнатних рослин володіють фітонцидними (бактерицидними) властивостями. У приміщенні, де знаходяться цитрусові, розмарин, мирт, хлорофітум у повітрі міститься значно менше мікробів. А частки важких металів, які теж є в наших будинках, поглинають аспарагуси.

Немає потреби говорити про те, як погано відчуває себе людина в задушливому приміщенні. Причому справа тут не в недоліку кисню як такого, катастрофічно не вистачає його негативних іонів, число яких швидко зменшується, коли в кімнаті працює телевізор або комп'ютер. Але є кімнатні рослини, які виділяють такі ж іони, роблячи повітря свіжим і легким для дихання. Багато кімнатних рослин покращують сон, позбавляють від втоми та дратівливості, надають упевненості та енергію.

ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ДИТИНИ ВІД НАРОДЖЕННЯ ДО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.

FORMATION OF THE CHILD FROM BIRTH TO SCHOOL AGE.

Корнійко Н. А. - студентка медичного факультету 1 курсу
Київський медичний університет УАНМ, м. Київ, Україна.

За останнє десятиліття намітилася низка тривожних тенденцій, які свідчать про кризові явища в житті сім'ї, що зачіпають як подружні, так і дитячо-батьківські відносини. Проблеми, пов'язані з вихованням, є найбільш актуальними на сьогодні, адже деякі молоді батьки не розуміють, якої шкоди вони завдають своїм дітям через "неправильне виховання", через свій поганий приклад, через свою неготовність до виконання найголовнішої функції – виховання дитини. Саме це й зумовило визначення теми дослідження.

Сімейне виховання відбувається в процесі життя – у відносинах близькості, у справах і вчинках, які здійснює дитина. Зі своїх стосунків із батьком, матір'ю вона засвоює перші обов'язки перед суспільством. У сім'ї дитина рано привчається до праці. Під впливом сімейних принципів і всього сімейного укладу виховується твердість характеру, гуманізм, зосереджений розум. Людина легко засліплюється власними достоїнствами, тому з дитинства необхідно розвивати в дитині самосвідомість, будити совість. Звідси випливає основне положення, що стосується питань виховання дітей у сім'ї: не ухилятися зі шляху цілісного внутрішнього життя, у якому має бути збережено єдність думки, слова й справи. Батьки мають оберігати цілісність дитячої душі, не вносячи в неї нещирість.

Таким чином, формування особистості як будь-який організований процес передбачає певну цілеспрямованість, постановку конкретних завдань. Головну мету виховання дітей у сім'ї становить усебічний розвиток особистості, що поєднує у собі духовне багатство, моральну чистоту й фізичну досконалість.

БРЕНД В МЕДИЧНОМУ РОЗУМІННІ І ЕКОНОМІЧНЕ ПОНЯТТЯ ТЕРМІНУ.

BRAND IN THE MEDICAL UNDERSTANDING OF ECONOMIC CONCEPTS AND TERMS.

Юхименко О.А., кандидат медичних наук
кафедра дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології НМАПО
імені П.Л. Шупика

Вперше розглянуто бренд – менеджмент і стратегію розробки бренду в поєднанні медичного і економічного поняття. Розроблена бренд-стратегія на основі елементів бренду, основних етапів його формування. В роботі за допомогою використання наукових методів дослідження аргументовані висновки і

обґрунтовані пропозиції бренд-стратегії, зроблено аналіз фармацевтичного ринку України, аналіз «аптечного кошика», проаналізовано конкурентоспроможність високовартісних брендів. Майже всі хвороби спричиняються, або ускладнюються бактеріями, тому для клініцистів актуальним є розвиток якісних антибіотиків і важливо мати уявлення про доцільність присутності на ринку України високовартісних препаратів. В роботі проведений ґрунтовний економічний аналіз найсучаснішими маркетинговими і статистичними методами. Розуміння бренду в економічному понятті є новаторством в медичній галузі і, можливо, матиме практичне значення для розвитку науки, яка поєднає медицину і економіку і дасть поштовх до нових наукових досліджень.

Фармакологія

МЕТОДИ ІЗОЛЮВАННЯ ОТРУТ ГРИБІВ METHODS FOR ISOLATING POISON MUSHROOMS

Бодня О. С., фармацевтичний факультет, 5 курс
ПВНЗ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини
м. Київ, Україна.

Щороку від отруєння грибами вмирають люди. Отруєння може виникнути при вживанні, як отруйних грибів, так і їстівних грибів, якщо вони зіпсовані або накопичили важкі метали з ґрунту. Актуальним завданням токсикологічної хімії є розробка нових методів ізолювання отрут із об'єктів дослідження.

Для ізолювання отрут грибів з біологічних рідин у ділильні лінійки вносять 5 мл крові, 50 мл сечі і 50 мл промивних рідин. Додають рівні об'єми суміші хлороформу з 96 % спиртом етиловим (4:1) і струшують протягом 1 хвилини. Залишок розчиняють в 1 мл 96 % спирту етилового і досліджують на вміст отрут грибів.

Для ізолювання отрут грибів з внутрішніх органів – 50г подрібнених внутрішніх органів трупа заливають 100 мл 96% спиртом етиловим і залишають на 2 години при перемішуванні. Потім суміш центрифугують 20 хвилин при 3000 оборотів в хвилину. Центрифугат відокремлюють, додають 100 мл води і хлороформу. Суміш струшують, нижній шар відокремлюють і випаровують, а залишок розчиняють в 1 мл 96 % етанолу.

Для ізолювання отрут з грибів – 5г подрібненого гриба розтирають у ступці з 50 мл 96 % етанолу. Суміш фільтрують до фільтрату додають по 20 мл води і хлороформу і струшують протягом 1-2 хвилин. Нижній шар відокремлюють і випарюють у фарфоровій чашці.

Таким чином вибір методу ізолювання отрут грибів залежить від об'єкту дослідження.

ВИКОРИСТАННЯ БАЗИЛІКУ КАМФОРНОГО В НАРОДНІЙ МЕДИЦИНІ USE CAMPHOR BASIL IN TRADITIONAL MEDICINE

О. В. Бубнова, фармацевтичний факультет, 4 курс
ПВНЗ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини
м. Київ, Україна.

Базилік камфорний (базилік духмяний, базилік евгенольний, волошки справжні) *Ocimum basilicum* L. відноситься до роду Базилік *Ocimum* L. сімейства Ясноткові *Lamiaceae* Lindl.

У дикому вигляді базилік камфорний росте на півдні Європи, в Середній Азії та на Далекому Сході. На території України в дикорослому стані зустрічаються два види роду *Ocimum* L. – базилік камфорний *Ocimum basilicum* L. і базилік сивий *Ocimum osanum* Sims.

Всього в світі налічується близько 30 видів. Трава базилика камфорного містить від 0,4 до 0,8% ефірної олії, дубильні речовини (до 6 %), флавоноїди (до 0,15 %), сапоніни, гіркі речовини, а також вітаміни. З лікувальною метою використовують траву базилика камфорного.

У народній медицині різних країн, в тому числі і в Україні рослина користується великою популярністю. Настій трави застосовують при захворюваннях ШКТ, зниженому тиску, як протизапальний засіб при гострих респіраторних захворюваннях, а також як лактогінний засіб. Завдяки вмісту камфори, ефірне масло базилика камфорного застосовують як збудливий засіб при пригніченні центральної нервової системи та ослабленні функції дихання.

Таким чином, виходячи з отриманих даних, базилік камфорний є перспективною сировиною для створення на його основі нових лікарських засобів.

МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ КАНАБІОЇДІВ У БІОЛОГІЧНИХ РІДИНАХ METHODS FOR DETECTION OF CANNABINOIDS IN BIOLOGICAL FLUIDS

М.В. Власенко, фармацевтичний факультет, 5 курс
ПВНЗ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини
м. Київ, Україна.

Отруєння канабіоїдами дуже часто зустрічається серед молоді. Отруєння може статися при палінні сумішей до складу яких входять рослини виду *Cannabis sativa* L. Даний вид рослин містить токсичні речовини – канабіоїди. Однією із задач сучасної токсикологічної хімії створення нових методів виявлення отрут в об'єктах різноманітного походження. Для виявлення канабіоїдів у біологічних рідинах (кров, сеча) використовують тонкошарову хроматографію у загальних системах розчинників – ТА: метанол – 25% розчин амміаку (100:1,5), ТЕ: етилацетат - метанол - 25%- розчин аміаку (85:10:5), ТАІ: хлороформ - етанол (90:10), ТАК: хлороформ - циклогексан - льодяна оцтова кислота (4:4:2), ТАЛ: хлороформ - метанол - пропіонова кислота (72:18 10) і часткові – толуол, ксилол - гексан - диетиламін (25:10:1), петролейний ефір — діетиловий ефір (4:1), ацетон - гептан - льодяна оцтова кислота (30:22:0.5), гексан - ізобутанол - льодяна оцтова кислота (90:9:1). В якості нерухомої фази використовують пластинки із закріпленням шаром силікагелю. Речовинами-свідками є тетрагідроканабіол, канабінол, канабідіол, оцтовий ефір тетрагідроканабіолу. Ідентифікацію проводять за значеннями Rf у порівнянні з речовинами-свідками. Таким чином

хроматографічний метод виявлення канабіоїдів у біологічних рідинах є перспективним методом.

ВИКОРИСТАННЯ БРУНЬОК ТОПОЛІ ЧОРНОЇ В НАРОДНІЙ МЕДИЦИНІ USE OF BLACK POPLAR BUDS IN TRADITIONAL MEDICINE

Ю. Ю. Жигота - фармацевтичний факультет, 4 курс
ПВНЗ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини,
м. Київ, Україна.

Тополя чорна (осокір) *Populus nigra* L. відноситься до родини вербових (*Salicaceae*), роду Тополя (*Populus*). Всього в світі налічується близько 35 видів. У дикому вигляді тополя чорна росте у Північній півкулі. Тополя чорна широко поширена по всій території України.

Бруньки тополі чорної містять флавонові та дубильні речовини, смоли, органічні кислоти, віск, саліциловий глікозид, глікозид популін, глюкозу, саліциловий спирт, фітонциди, антибіотичні речовини, ферменти амілазу та оксидазу, ефірну олію (0,5-0,7%). З лікувальною метою використовують бруньки тополі чорної.

У народній медицині різних країн, в тому числі, і в Україні рослина користується великою популярністю. Бруньки тополі чорної застосовують як діуретичний, антитоксичний, знеболювальний, потогінний, антисептичний, бактерицидний, фітонцидний і противірусний засоби. Відварами бруньок лікують ревматизм, захворювання суглобів, гіпертонічну недугу, головний біль, запальні хвороби дихальних та сечостатевого органів. Настій та спиртову настойку бруньок тополі чорної широко використовуємо для лікування екзем, трофічних виразок, фурункулів, бешихи, ангіні, гінгівітів.

Таким чином, виходячи з отриманих даних, бруньки тополі чорної є перспективною сировиною для створення на її основі нових лікарських засобів.

ДОСЛІДЖЕННЯ КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ ПІГМЕНТІВ У ПЛОДАХ CUCUMIS SATIVUS L. INVESTIGATION OF THE QUANTITATIVE CONTENT OF PIGMENTS IN FRUITS CUCUMIS SATIVUS L.

Ю. Ю. Жигота, О.В. Бубнова, фармацевтичний факультет, 4 курс
ПВНЗ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини
м. Київ, Україна.

Огірок звичайний або посівний (лат. *Cucumis sativus*) – однорічна трав'яниста рослина родини *Cucurbitaceae*, вид роду *Cucumis*. Огірок посівний є популярною в Україні харчовою культурою.

Об'єктом нашого дослідження були плоди огірку посівного, популярного в Україні сорту «Джонсон». Сировину було зібрано у фенофазу стиглих плодів, у липні 2013 року в м. Києві на дослідних ділянках Київського ботанічного саду ім. акад. О.В.Фоміна.

Метою роботи було дослідження кількісного вмісту пігментів плодів огірку звичайного сорту «Джонсон» за допомогою спектрофотометричного методу. Розрахунок кількісного вмісту суми каротиноїдів проводили за методикою і рівнянням Лихтенталера і Вельбурна.

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що кількісний вміст суми каротиноїдів у перерахунку на β -каротин становить – 1064,06 мкг/г у перерахунку на абсолютно суху сировину, вміст хлорофілу А – 13,57 мкг/г, а кількісний вміст хлорофілу Б – 5,94 мкг/г.

Отже, спектрофотометричним методом був досліджений кількісний вміст пігментів у плодах огірку звичайного. Порівнюючи літературні дані, і отримані нами результати попередніх експериментів, варто зазначити, що кількісний вміст каротиноїдів в плодах огірку майже вдвічі вищий, ніж вміст каротиноїдів у плодах помідорів.

ПЛОДИ ПОМІДОРУ – ПЕРСПЕКТИВНА СИРОВИНА ДЛЯ МЕДИЦИНИ THE FRUIT OF THE TOMATO - A PROMISING RAW MATERIAL FOR MEDICINE

В. В. Малишева, фармацевтичний факультет, 4 курс
ПВНЗ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини
м. Київ, Україна.

Помідор звичайний (томат) *Solanum lycopersicum* Mill, відноситься до роду паслін *Solanum*, сімейства пасльонові *Solanaceae*. Однорічна чи багаторічна (у тропічних зонах) трав'яниста або напівкущова рослина.

Батьківщина помідорів – Центральна й Південна Америка, де досі зустрічаються дикі види помідорів. Культивується в багатьох країнах та в Україні, як харчова овочева рослина.

Помідори містять 94% води, 1% білків, 3,7% вуглеводів, більша частина яких — розчинні цукри (глюкоза, фруктоза і трохи сахарози), незначна кількість крохмалю, а також 0,7% целюлози. Плоди містять органічні кислоти, азотисті речовини, алкалоїди, мінеральні солі, вітаміни, фенольні кислоти, амінокислоти, стерини, тритерпенові сапоніни. З лікувальною метою використовують плоди помідора звичайного.

У народній медицині різних країн, в тому числі і в Україні, рослина має велику популярність. Пектинові речовини плодів знижують холестерин у сироватці крові, підтримують кров'яний тиск в межах норми. Вживання помідорів сприяє профілактиці серцево-судинних захворювань (перешкоджає агрегації

тромбоцитів), онкологічних захворювань, ожиріння і ризику розвитку хвороби Альцгеймера.

Таким чином, виходячи з отриманих даних, помідор звичайний є перспективною сировиною для створення на його основі нових лікарських засобів.

РУКОЛА – НОВА ПЕРСПЕКТИВНА РОСЛИНА ДЛЯ МЕДИЦИНИ ARUGULA - A NEW PROMISING PLANT MEDICINE

А. С. Осадчий, фармацевтичний факультет, 4 курс
ПВНЗ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини
м. Київ, Україна.

Рукола, Індау посівний, Ерука посівна (лат. *Eruca sativa* L.) – однорічна трав'яниста рослина, вид роду Індау (*Eruca*), сімейства Капустяні (*Brassicaceae*).

У дикому вигляді росте на півночі Африки, в Південній і Центральній Європі, зустрічається в межах Малої та Середньої Азії та Індії. На території Європейської частини Росії, в передгір'ях Кавказу та Дагестані.

У насінні міститься ефірна олія (більше 1%). Головною складовою її є – гірчична олія. Насіння містить – 25-34 % напіввисихаючої жирної олії, в якому переважає ерукова кислота (20-44 %); є також лінолева (12-24,9 %), ліноленова (до 17 %), олеїнова (до 18%) та інші кислоти, стероїди (β -ситостерин, кампостерин), тіоглікозиди. У надземній частині рослини – алкалоїди (0,07 %), флавоноїди (глікозиди кемпферолу, кверцетину, ізорамнетину).

Надземна частина рослини має діуретичну та антибактеріальну дію.

У народній медицині різних країн, в тому числі і в Україні рослина користується великою популярністю. Тому, регулярне вживання руколи стимулює роботу шлунково-кишкового тракту, покращує обмін речовин, активізує роботу імунної системи, зміцнює стінки кровоносних судин.

Отже, виходячи з отриманих даних, рукола є перспективною рослиною для створення на її основі нових лікарських засобів.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ АКАНТУ В ТРАДИЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ PERSPECTIVES OF ACANTHUS IN TRADITIONAL MEDICINE

В.С. Федун, фармацевтичний факультет, 4 курс
ПВНЗ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини
м. Київ, Україна.

Акант (лат. *Acanthus* від грец. *Ακανθος*) – рід рослин сімейства Акантові (*Acanthaceae*).

Рослина добре росте в тропічних і субтропічних регіонах Старого Світу, з найбільшою видовою щільністю в регіоні Середземномор'я та Азії. Поширений по всій території України, але найбільше в Лісостеповій та Степовій зонах.

Рід акант (*Acanthus* L.) включає в себе близько 20 видів трав'янистих рослин, рідше чагарників сімейства акантових, а в деяких іноземних матеріалах від 30 до 40 видів.

У листі і плодах рослини містяться алкалоїд теобромін (складає більшу частку від всієї маси поживних речовин), а також флавоноїди і пігменти (віолаксантин, рутин), аскорбінова кислота. Корені містять протеїни, інулін, ефірні масла, білкові речовини, стеаринову і пальмітинову кислоти, дубильні речовини, слизи і смоли.

Акант виявляє антисептичні, протизапальні, антимікробні, ранозагоювальні, седативні, бронхолітичні, метаболічні властивості. Рослину використовують для лікування шкірних захворювань та алергій. Також він позитивно впливає на сечовивідну систему та покращує обмін речовин в організмі.

Отже, вище викладений матеріал, є вагомою основою, для початку дослідження рослин роду Акант, як рослинну сировину для створення нових лікарських засобів.

ДОСЛІДЖЕННЯ КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ ПІГМЕНТІВ У СЕРЕЖКАХ *CORYLUS AVELLANA* L. INVESTIGATION OF THE QUANTITATIVE CONTENT OF PIGMENTS IN EARRINGS *CORYLUS AVELLANA* L.

В.С. Федун, О.В. Бубнова, фармацевтичний факультет, 4 курс
ПВНЗ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини,
м. Київ, Україна.

Ліщина звичайна (фундук) *Corylus avellana* L. кущова рослина, що зростає в лісовій зоні Європи, крім півночі Скандинавії, на Кавказі, а також у Малій Азії. Поширена по всій Україні, крім крайнього півдня.

Об'єктом нашого дослідження були сережки ліщини звичайної. Сировину було зібрано у фенофазу брунькування, у березні 2013 року в с. Лісники (Київська обл.).

Метою роботи було дослідження кількісного вмісту пігментів сережок ліщини звичайної за допомогою спектрофотометричного методу. Розрахунок кількісного вмісту пігментів проводили за методикою і рівнянням Лихтенталера і Вельбурна.

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що у сировині сережок ліщини кількісний вміст суми каротиноїдів у перерахунку на β -каротин становить – 2059,73 мкг/г у перерахунку на абсолютно суху сировину, вміст хлорофілу А – 22,9 мкг/г, а кількісний вміст хлорофілу Б – 10,35 мкг/г.

Порівнюючи літературні дані, і отримані нами результати попередніх

експериментів, варто зазначити, що кількісний вміст каротиноїдів у сережках ліщини майже вдвічі вищий ніж вміст каротиноїдів у плодах огірку звичайного і в чотири рази вищий ніж у плодах помідорів, що дозволяє розглядати сережки ліщини, як сировину з потенційною антирадикальною, антиоксидантною і протипухлинною дією.

МІСЦЕ ВИШНІ ЗВИЧАЙНОЇ В НАРОДНІЙ МЕДИЦИНІ УКРАЇНИ PLACE CHERRY IN FOLK MEDICINE IN UKRAINE

О. В.Цикунов, фармацевтичний факультет, 4 курс
ПВНЗ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини,
м. Київ, Україна

Вишня звичайна *Prunus cerasus* L. – рослина роду *Prunus cerasus* L., родини Розоцвітних (*Rosaceae* L.).

Вперше вишня згадується в працях лікаря Сіфініуса в III ст., причому, як лікувальний засіб.

Вважається, що батьківщина вишні – Чорноморське узбережжя Криму та Кавказу. Вишню широко використовують, як харчову культуру, а в народній медицині України вона вважається одним з найкращих ліків для зцілення різноманітних недуг.

Свіжі плоди вишні застосовується при запорах. Вишневий сік має протизапальну, антисептичну, а при лихоманці – вгамовує спрагу. Відвар з вишні сприятливо впливає на ЦНС, тому він нерідко застосовується при епілепсії і психічних захворюваннях.

При зниженій кислотності вишня допомагає стимулювати шлункову секрецію, також її рекомендують при холециститі і як жовчогінний засіб.

Плоди вишні містить такі речовини як: фруктоза, глюкоза, лимонна і яблучна кислоти, мінеральні солі, вітаміни А, В1, В2, С, Р, РР, фолієва кислота, каротин, танін, дубильні і пектинові речовини, мідь, ефірну олію і багато інших корисних речовин.

Таким чином, вишня звичайна потенційно має досить широкий спектр фармакологічної активності і вона є – перспективною сировиною для створення на її основі лікарських засобів.

ВИКОРИСТАННЯ ПИЖМА ЗВИЧАЙНОГО В НАРОДНІЙ МЕДИЦИНІ USE OF TANSY IN TRADITIONAL MEDICINE

О. В.Цикунов, фармацевтичний факультет, 4 курс
ПВНЗ Київський медичний університет Української асоціації народної медицини

м. Київ, Україна.

Пижмо звичайне (дика горобинка, приворотень, криворіт) *Tanacetum vulgare* L. відноситься до роду *Tanacetum* L. ,сімейства айстрових— *Asteraceae* L.

Зустрічається майже по всій Україні (за винятком гірських районів Криму), переважно на півдні і на сході. Росте по берегах річок, сухих луках, , узбіччях доріг, околиць лісосмуг, лісових узліссях і галявинах, у заростях чагарників, на старих кладовищах, в садах, дворах. Зазвичай в результаті вегетативного розмноження утворює невеликі зарості. Квітки пижма звичайного у своєму складі містять – похідні лютеоніну, акацетину, кверцетину, ізорамнетину.

У народній медицині України застосовується як глистогінний, шлунковий, жовчогінний, потогінний, протигарячковий засіб, епілепсії, головних болях, проносах, водянці, недокрів'ї, порушенні серцевої діяльності, подагрі, ревматизмі, хворобах ніг, нервових хворобах, при болісних і нерегулярних менструаціях. Відвари квіток пижма використовують при лікуванні ран, виразок, корости, вивихів, ударів, пухлин, і протисеборейний засіб.

Саме тому можна вважати, що пижмо звичайне є перспективною сировиною, і в майбутньому його можна бути використовувати як у вигляді моно компонентного засобу, і також у комплексних препаратах для лікування різноманітних захворювань.