

SCI-CONF.COM.UA

EURASIAN SCIENTIFIC DISCUSSIONS



**PROCEEDINGS OF IV INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
MAY 8-10, 2022**

**BARCELONA
2022**

EURASIAN SCIENTIFIC DISCUSSIONS

Proceedings of IV International Scientific and Practical Conference

Barcelona, Spain

8-10 May 2022

Barcelona, Spain

2022

UDC 001.1

The 4th International scientific and practical conference “Eurasian scientific discussions” (May 8-10, 2022) Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2022. 403 p.

ISBN 978-84-15927-32-7

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Eurasian scientific discussions. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing. Barcelona, Spain. 2022. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/iv-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-eurasian-scientific-discussions-8-10-maya-2022-goda-barselona-ispaniya-arhiv/>.

Editor

Komarytskyy M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine, Russia and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: barca@sci-conf.com.ua

homepage: <https://sci-conf.com.ua>

©2022 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2022 Barca Academy Publishing ®

©2022 Authors of the articles

12.	<i>Гладкий В. В., Шупер В. О.</i> ЗАХОДИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	68
13.	<i>Гулій А. М.</i> ЕРГОТЕРАПІЯ ОСІБ ІЗ СИНДРОМОМ ЗАП'ЯСТНОГО КАНАЛУ	72
14.	<i>Калініченко С. В., Скляр Н. І., Мінухін В. В., Мартинов А. В., Торяник І. І.</i> ІНАКТИВАЦІЯ БАКТЕРІОФАГУ ФОТОДИНАМІЧНИМ МЕТОДОМ	77
15.	<i>Кривецька І. І., Хованець К. Р.</i> КОМПЛЕКС РЕАБІЛІТАЦІЙ ТА РОЛЬ ЦЕРЕБРОЛІЗИНУ У ХВОРИХ З РУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ ВНАСЛІДОК ГПМК	82
16.	<i>Кухарь І. О., Монакова О. С.</i> АНАЛІЗ ДИНАМИКИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА 2014-2019 РОКИ	86
17.	<i>Литвиненко О. О., Шахрай Г. Ф., Дем'янов В. О.</i> РІВЕНЬ ПРОЛІФЕРАЦІЇ ПУХЛИН У ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ З РІЗНИМ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИМ ПІДТИПОМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД АВАРІЇ НА ЧАЕС	90
18.	<i>Маринчина І. М., Діжицький О. М.</i> РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ НАСЛІДКІВ ХІРУРГІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ МАСИВНИХ АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ	97
19.	<i>Маринчина І. М., Небила О. О.</i> РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ВНУТРІШНЬОМАТКОВИХ СИНЕХІЙ	100
20.	<i>Селюк Л. І.</i> ЕРГОТЕРАПІЯ У ПРОЦЕСІ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ІНСУЛЬТУ	102
21.	<i>Харченко О.</i> КОРЕЛЯТИВНИЙ АНАЛІЗ МІТОТИЧНОГО РЕЖИМУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ АТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ	108
22.	<i>Шупер В. О., Шваб А. М.</i> ОСОБЛИВОСТІ “ПОТРІЙНОЇ” НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ФАЗУ ЗАГОСТРЕННЯ ХОЗЛ	115
23.	<i>Якименко О. О., Закатова Л. В., Антіпова Н. М., Тихончук Н. С.</i> АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ ТА СИНДРОМА ШЕГРЕНА В СУЧАСНИХ УМОВАХ	119
24.	<i>Ясногор О. А., Чертов С. О., Гавриленко М. А., Болатасєв Р. Г.</i> ЗАСТОСУВАННЯ НА КАФЕДРІ ЗДМУ І ВПРОВАДЖЕННЯ В АМБУЛАТОРНУ ПРАКТИКУ НЕІНВАЗИВНОГО МЕТОДА	122

ЗАСТОСУВАННЯ НА КАФЕДРІ ЗДМУ І ВПРОВАДЖЕННЯ В АМБУЛАТОРНУ ПРАКТИКУ НЕІНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ІНФІЛЬТРАТІВ

Ясногор Ольга Анатоліївна,

Асистент кафедри

Чертов Сергій Олександрович,

Завідувач кафедри хірургічної та пропедевтичної стоматології ЗДМУ

к.м.н., доцент

Гавриленко Марина Аркадіївна,

к.м.н., доцент

Запорізький державний медичний університет

Болатаєв Руслан Гурамович

лікар-стоматолог

стоматологія «Авто-ЗАЗ»

м. Запоріжжя, Україна

Введення./Introduction. Реалізація механізмів запалення кісткової тканини відбувається при безпосередній участі системи мікроциркуляції незалежно від етіології захворювання. Початковий стан мікросудинного русла, наявність і ступінь вираженості порушень мікроциркуляцій багато чому визначають зтяжній характер перебігу запального процесу і терміни розсмоктування інфільтрату, епітелізації слизової оболонки або шкіри. Оскільки саме мікроциркуляторна система забезпечує метаболічний гомеостаз в органах і тканинах і підтримує рівень імунітету слизової оболонки або шкіри. Отже саме мікроциркуляторна система забезпечує метаболічний гомеостаз в органах і тканинах і підтримує рівень імунітету слизової оболонки. Актуальним є виявлення тих ланок в патогенетичному механізмі мікроциркуляторних порушень, вплив на які знизить рівень мікроциркуляторних розладів і поліпшить трофіку слизової оболонки порожнини рота. При запальних процесах у дітей важкість прогнозу визначається топографо-анатомічними та імунологічними особливостями, наявністю зубів, розгалуженістю лімфоїдного апарату, можливістю поширення інфекційного процесу в середостіння та до

головного мозку, імунітетом та мікробіотою ротової порожнини. Тому актуальність проблеми у дітей полягає у знятті запально-деструктивних явищ методом склерозування, оновлення та запуск процесів регенерації твердих і м'яких тканин.

Мета роботи./Aim. Розробити і впровадити в практичну діяльність лікаря-стоматолога механізм, який знизить рівень запальних процесів слизової оболонки кортикальної кісткової тканини у боротьбі з хронічними запальними процесами.

Матеріали та методи./Materials and methods. Для досягнення поставлених цілей проведено клініко-рентгенологічне дослідження на базі кафедри хірургічної та пропедевтичної стоматології ЗДМУ. У пацієнтів шкільного віку 8-14 років з попередньо ендодонтично пролікованими зубами постійного прикусу традиційним методом і неінвазивним методом склерозування осередку хронічного запального інфільтрату (**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**). З метою збереження цілісності зубного ряду, подальшого формування зубощелепного апарату традиційно проводилась інтраоральна періостотомія на фоні адекватної протизапальної терапії під контролем педіатра. Але зберігався затяжний довготривалий результат лікування у пацієнтів традиційного методу у порівнянні з пацієнтами контрольної групи. У контрольній групі пацієнтами із застосуванням карпульного шприця з попереднім введенням анестетика Septanest 1,7 (0,2-0,3) мл проведено струмене введення розчину дексаметазона 4мг,1мл підкісно в середину по центру «холодового» інфільтрату у перший день, а в подальшому з інтервалом 2-3 дні. З метою попередження побічних ефектів кратність введення залежала від об'єму ущільнення і ступеня розсмоктування запального інфільтрату у даному випадку. Таким чином було досягнуте поступове розсмоктування вогнища хронічного інфільтрату.



Мал.1. Зовнішній вигляд інфільтрату у пацієнтки після першої ін'єкції

Результати і обговорення./Results and discussion. Досягненні клінічні обставини у пацієнтки шкільного віку 14 років з запальними хронічним інфільтратом нижньої щелепи з приводу хронічного загостреного періодонтиту зубів на нижній щелепі 46, 47 зубів. Даний неінвазивний метод запропонований як альтернатива традиційному методу лікування у дітей, враховуючи їх психосоматику, а також несвоєчасне звернення за стоматологічною допомогою. Попередньо пацієнтка оглянута педіатром кафедри педіатрії. Після проведеного ендодонтичного лікування і інтраорального розтину в ділянці нижньої щелепи 46, 47 зубів, а також призначення антибактеріальної терапії цефалоспоринового ряду покращення не відбулось і на протязі місяця пацієнтка відмічала «холодовий» набряк м'яких тканин підщелепної ділянки без запальних зовнішніх явищ. При зовнішньому огляді відмічався щільний інфільтрат підщелепної ділянки, потовщення основи нижньої щелепи за рахунок окістя. Шкіра над інфільтратом спаяна, змінена в кольорі, витончена. Відкривання рота вільне. В порожнині рота змін не спостерігалось. Хворій призначено екстра оральний розтин підщелепної ділянки, що з косметологічного боку не

влаштовувало хвору, призначена консервативна терапія продовжувалася на протязі двох тижнів. Результат не спостерігався. Тому хвора погодилась на неінвазивний ін'єкційний метод склерозування запального інфільтрату терапією кортикостероїдом дексаметазоном 4 мг 1 мл підкістно по центру щелепного інфільтрату по перехідній складці. Для відновлення і зняття запальних явищ підщелепної ділянки найчастіше застосовують хірургічний спосіб. Не кожна хвора дитина згодна перенести хірургічне лікування, тому за допомогою гіалуронової кислоти можливо оновлення і запуск процесів регенерації. Після закінчення курсу протизапальної терапії двократно введення дексаметазону, третя маніпуляція закінчувалась одноразовим введенням гіалуронатом Na у формі гелю шприца з голкою від 2 см під слизову оболонку по перехідній складці в області проекції верхівок коренів зубів 46, 47 зубів при поступовому видаленні гіалуронату натрію в діапазоні від 2,0 до 3,0 мл, що забезпечує введенням гіалуронату, Na 2- безпосередньо близько від місця патологічного діяння. Тому ін'єкція заповнює весь простір між кістковою тканиною, альвеолярним паростком і яснами. Згідно з фундаментальними законами гальмування в біосистемі для ліквідації кінцевого осередку «холодового» набряку необхідно запуснути і відновити регенераторні процеси в твердих тканинах окістя (по П. Гаряєву). Тому з цією метою третя маніпуляція закінчувалась одноразовим введенням гіалуронату Na по перехідній складці в проекції верхівок коренів 45, 46, 47 зубів в діапазоні 2.0 - 3,0 мл безпосередньо в осередку «холодового» набряку, що значно впливає на трофіку в тканинах пародонту і в судинах мікроциркуляторного русла, відновлює фізіологічний гомеостаз з накладенням зовнішнього холодового компресу. Рентгенологічне дослідження проводилось з інтервалом місяць, 2 місяці і підтвердило усунення запального інфільтрату (Мал.2.)



Мал.2. Діаграма поступового зміню розміру інфільтрату після початку лікування

Висновки./Conclusions. Аналізуючи результати клінічних досліджень виявлено, що застосування комбінованого методу сприяло досягненню позитивних клінічних результатів у значно менші строки лікування з вираженою тенденцією до розсмоктування та ліквідації хронічного запального інфільтрату. Таким чином, дексаметазон діє на всі фази запалення, сприяє проліферації фібробластів в запальному хронічному осередку. Оскільки склерозування методом дексаметазоном успішно застосовується у вирушенні проблем з гемангіомами. Цей комбінований метод сприяє відновленню тканин зубощелепної системи шляхом ін'єкційного введення під слизову оболонку по перехідній складці. Гіалуронат Na запропонований вперше Уваровою, активує життєдіяльність клітин направлено, а також знижує негативне діяння антибактеріальних препаратів і відновлює тканини пародонту. Діти соматично оглянуті педіатром з приводу введення комбінованого методу. Ця методика косметично влаштовує дітей, метод безболісний, має стійкий ефект до оптимізації результату лікування і не потребує екстраорального розтину (Мал. 3).



Мал. 3. Зовнішній вигляд інфільтрату у пацієнтки під час останнього огляду

Таким чином, ця методика є малозатратною технологією, оскільки рекомендована педіатрами у дітей з супутніми станами, такими як: ендокринні порушення, при алергічних станах, коли неможливо введення анестетиків з приводу звичайного розтину, у хворих з проблемами дихальних шляхів, з захворювання і шлунково-кишкового тракту, при захворюваннях шкіри, гематологічних захворюваннях (де традиційно розтин не бажано проводити), а також у дітей з онкологічними захворюваннями. Вплив дексаметазону полягає в тому, що він запобігає цитокіновому шторму, що вкрай важливо при застосуванні у хворих в період гострих респіраторних захворювань.