



.....

# **МАТЕРІАЛИ XIV КОНГРЕСУ СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ**

**04 - 06 жовтня 2012 року  
місто Донецьк**

.....

**Донецьк – Київ – Чикаго  
2012**

Думанський Ю.В. - 624  
Дунаєвська Л.О. - 444  
Дупленко Ю.К. - 26  
Дягіль І.С. - 816  
Дядечко В.А. - 90  
Дядічева Т.О. - 273, 302  
Дячишин Б.І. - 27  
Дячишин В.І. - 27  
Євдокимова О.М. - 174  
Євстахевич І.Й. - 551  
Євстахевич Ю.Л. - 551  
Євтеев Р.В. - 616  
Євтушенко О.В. - 580  
Єгоров О.О. - 127, 537  
Єгоров Р.І. - 651  
Єненко О.Ю. - 99  
Єрмоленко Т.І. - 725  
Єрошкіна Т.В. - 495  
Єршова І.Б. - 171, 378  
Єфремова У.П. - 215  
Жабченко І.А. - 128, 160  
Ждан В.М. - 28, 216  
Жданов В.В. - 16, 496  
Жданова В.М. - 379, 443  
Жданова Г.В. - 100, 102  
Жданова Е.В. - 525, 526  
Жегулович В.Г. - 129  
Жегулович З.Є. - 652, 653,  
673, 674  
Жегулович Ю.В. - 129  
Жежера Р.В. - 839  
Желнін Є.В. - 654  
Желтовська Н.І. - 347  
Жесткова І.В. - 130  
Животовська Л.В. - 413  
Жиліна Ю.В. - 29  
Жиліцин Є.В. - 605  
Жовтобрюх О.В. - 296  
Жук О.В. - 40, 65  
Жук С.В. - 772  
Жуков В.І. - 775  
Жуковський В.С. - 485  
Журавльова Л.В. - 332, 468  
Забродня Л.Г. - 810  
Завада М.І. - 766, 771  
Загаба Л.М. - 274  
Загорій Г.В. - 30, 726  
Засць В.Б. - 606  
Зазикіна Д.С. - 350  
Зайцев М.В. - 755  
Зайцева А.Л. - 694  
Заїка М.У. - 746  
Закутній Р.Ю. - 788  
Залевський В.П. - 223  
Замкевич В.Б. - 90  
Заремба Н.І. - 25  
Зарицький А.М. - 484, 504  
Засаднюк І.А. - 606  
Захарова Н.М. - 90

Захарчук Н.В. - 223  
Збітнєва С.В. - 86  
Зелена І.І. - 626  
Зелений А.Л. - 766  
Землянов С.О. - 685  
Земскова І.П. - 436  
Земскова О.В. - 445  
Зенін М.Ф. - 217, 335  
Зеніна Л.В. - 217, 203, 204,  
335  
Зенченко В.М. - 185  
Зенін М.Ф. - 42  
Зімницька Т.В. - 776  
Зінкович І.І. - 686  
Зінькевич Я.П. - 370  
Знаменська М.А. - 58  
Зозуля Д.В. - 17  
Зозуляк Н.Б. - 465  
Золотоверх А.М. - 380  
Золотоверх О.М. - 424,  
425, 426  
Зуб Л.О. - 351, 353  
Зуб Л.С. - 480  
Зуб С.Т. - 766  
Зубко Л.Ю. - 483  
Зубченко С.О. - 471  
Зупанець І.А. - 725  
Йолтухівський М.М. - 352  
Іванина В.В. - 560  
Іваницький І.В. - 28  
Іванов О.Є. - 507  
Іванов О.С. - 378, 538, 786  
Іванова Л.А. - 172  
Іванова Л.М. - 472  
Іванова Н.М. - 497  
Іванченко Р.В. - 553  
Івашенко В.І. - 381  
Івченко А.В. - 599, 600  
Івченко В.К. - 600, 601,  
602, 603  
Івченко Д.В. - 600, 601,  
602, 603  
Ікрамов В.Б. - 785, 788  
Ілащук Т.О. - 336  
Ілюшенко І.Л. - 810  
Ілюшенко Ю.К. - 618  
Ілюшина А.А. - 351, 459  
Ільїн О.Л. - 823  
Ільницька М.Р. - 218  
Ільницька Ю.М. - 275  
Ільницький І.Г. - 275, 290  
Ільницький Р.І. - 271, 276  
Ільчишин М.П. - 702  
Ільчишин О.С. - 702  
Інденко В.Ф. - 551  
Іонов М.М. - 75  
Іорданова Н.Х. - 214  
Ісаєнко В.В. - 223  
Ісаєнко Р.М. - 76

Ісакова Н.М. - 655, 657  
Іщейкін К.Є. - 277, 329  
Кабаківа А.Б. - 344  
Кабаненко І.В. - 761  
Каграманян А.Л. - 205  
Казак А.В. - 131, 149  
Казимірко Н.К. - 656  
Калашніков О.В. - 598  
Калашнікова В.С. - 514  
Калініна Н.А. - 357  
Калінкін А.О. - 604  
Калінкін О.Г. - 604  
Каліщук О.А. - 356, 357, 361  
Калугін В.О. - 351  
Кальбус І.О. - 446  
Кальбус О.І. - 446, 447  
Камінська А.Л. - 711, 712  
Камінська Х.А. - 19  
Канюка С.Б. - 95  
Капиця А.В. - 662  
Капранов С.В. - 382  
Капранова Ю.С. - 219  
Караманян О.С. - 147, 148  
Каратаєва К.О. - 541  
Карацуба Т.А. - 635, 718, 738  
Карлейчук О.Г. - 427  
Карпенко К.Я. - 612  
Карпенко Н.О. - 460  
Карташова О.С. - 230  
Касинець С.С. - 220  
Касіян О.П. - 765, 766  
Каспрук Н.М. - 473  
Касьяненко Д.М. - 641,  
655, 657  
Катеренчук І.П. - 221  
Качук Ю.В. - 515  
Кашенко С.А. - 780, 789  
Квасніцький О.М. - 428, 429  
Кваша В.І. - 498  
Кваша М.С. - 367, 381,  
383, 384  
Кендзьор Т.-Н.Р. - 209  
Кий-Кокарева В.Г. - 499  
Кисіль З.Ф. - 638, 646, 647  
Кияк Ю.Г. - 233  
Кібальська О.Р. - 401  
Кім В.І. - 707  
Кінча С.Д. - 195  
Кіреєва Т.В. - 262  
Кісельов А.Ф. - 530  
Кітура Є.М. - 222  
Кітура О.Є. - 222, 277, 329  
Кіцара М.С. - 502  
Кіцула Л.М. - 777  
Клецова М.С. - 155  
Клецова М.І. - 147, 148,  
155, 156  
Клецова М.С. - 147

не виявляється БЕА жувальних та скроневих м'язів. Нами обстежено 17 пацієнтів з такою клінічною ситуацією - чоловіки та жінки віком від 25 до 52 років, яким проведено поверхнєвє ЕМГ дослідження м'язів-підіймачів нижньої щелепи при зміщенні в протрузійне та латеротрузійне положення. Після обстеження пацієнтам призначалась суглобова шина на термін від 4 до 6 місяців. Повторна ЕМГ при протрузійних та латеротрузійних рухах нижньої щелепи на зубах та на шині показала, що у всіх пацієнтів до початку лікування визначалась БЕА жувальних м'язів-підіймачів нижньої щелепи зі значенням середньої амплітуди від 0,09 mV до 0,57 mV. Після релаксації м'язів, при аналізі переднього ведення на шині ці показники значно зменшились у 29% пацієнтів або взагалі були відсутні у 59% пацієнтів. У окремих випадках залишалась БЕА тільки скроневих м'язів у 12% пацієнтів. Таким чином, переднє ведення може демонструвати динаміку змін функціонального стану м'язів та результативність лікування.

### **653. АНАЛІЗ ОКЛЮЗІЙНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАТОЛОГІЧНОМУ СТИРАННІ ЗУБІВ**

**Жегулович З.Є.**

**м.Київ, Україна, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця**

Генералізоване патологічне стирання зубів є одним з найскладніших патологічних станів, що потребують ортопедичного лікування. Метою дослідження було вивчення стану оклюзійних детермінант при генералізованому патологічному стиранні зубів відповідно до критеріїв ідеальної оклюзії. Клінічне дослідження 69 пацієнтів з генералізованим патологічним стиранням 1-3 ступеню у віці  $38,8 \pm 11,8$  років здійснювалось за запропонованим нами алгоритмом. Аналіз оклюзії на моделях проводили в регульованому артикуляторі. Вивчалось розташування оклюзійних контактів і фасеток стирання у відповідності з функціональними рухами нижньої щелепи. Отримані результати показують зниження оклюзійної висоти, зміни рівня розташування та форми оклюзійної площини та рельєфу оклюзійних поверхонь зубів у пацієнтів з 1-3 ступенями патологічного стирання. При 1 ступені переважають ексцентричні фасетки стирання, при 2 ступені спостерігаються ексцентричні та центричні фасетки, при 3 ступені наявна повна деградація морфології оклюзійної поверхні. Відповідно до цього при 1 ступені збільшується кількість контактуючих зубів при протрузії та латеротрузії, формуються балансуєчі та гіпербалансуєчі контакти. Визначено різноманітні деформації зубних рядів, і цей показник прогресує відповідно до ступеня стирання. Усі випадки захворювання супроводжуються рецесіями та абфракціями, переважно розташованими у ділянках молярів, премолярів та іклів. Отримані результати вказують на комплекс порушень оклюзійних детермінант, що можна об'єднати в синдром оклюзійних порушень.

### **654. МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ АЛЬВЕОЛЯРНОЇ КІСТКИ ПІД ВПЛИВОМ ДЕКСАМЕТАЗОНУ**

**Желнін Є.В.**

**м.Харків, Україна, Харківський національний медичний університет**

З метою вивчення особливостей ремоделювання альвеолярної кістки під впливом лікування глюкокортикоїдами проведено експериментальні дослідження. В експерименті на щурах популяції WAG показано, що дексаметазон в терапевтичних дозах при внутрішньоочеревинному введенні протягом 2 тижнів, порушує організацію всіх структурних компонентів щелепи з найбільш значними проявами в компактній та губчастій кістках. В компактній кістці формуються великі порожнини резорбції, з'являються тріщини та щілини, знижується щільність остеоцитів, порушується організація матрикса за рахунок формування осередків нерівномірної осифікації. В губчастій кістці зафіксовано порушення ремоделювання – структура трабекулярної сітки змінена за рахунок формування поодиноких кісткових трабекул, які втрачають зв'язок з іншими трабекулами. Має місце зниження їх ширини, нерівномірність контурів, низька щільність остеоцитів і остеобластів. Міжтрабекулярні простори розширені. Зміни, що спостерігаються, свідчать про розвиток остеопоротичних процесів в кістці щелепи. Зафіксовані також зміни і в області періодонту. Вони пов'язані з порушенням організації пучків колагенових волокон і прикріплення їх до цементу зуба. Знайдено формування деструктивних порожнин з клітинним дегритом. Втрага цілісності альвеолярної стінки призводить до розростання тканини періодонту в тріщини та розширені міжтрабекулярні простори. Встановлені особливості ремоделювання альвеолярної кістки під впливом дексаметазону в експерименті слід враховувати в клініці щелепно-лицьової хірургії.

не виявляється БЕА жувальних та скроневих м'язів. Нами обстежено 17 пацієнтів з такою клінічною ситуацією - чоловіки та жінки віком від 25 до 52 років, яким проведено поверхнєве ЕМГ дослідження м'язів-підіймачів нижньої щелепи при зміщенні в протрузійне та латеротрузійне положення. Після обстеження пацієнтам призначалась суглобова шина на термін від 4 до 6 місяців. Повторна ЕМГ при протрузійних та латеротрузійних рухах нижньої щелепи на шині показала, що у всіх пацієнтів до початку лікування визначалась БЕА жувальних м'язів-підіймачів нижньої щелепи зі значенням середньої амплітуди від 0,09 mV до 0,57 mV. Після релаксації м'язів, при аналізі переднього ведення на шині ці показники значно зменшились у 29% пацієнтів або взагалі були відсутні у 59% пацієнтів. У окремих випадках залишалась БЕА тільки скроневих м'язів у 12% пацієнтів. Таким чином, переднє ведення може демонструвати динаміку змін функціонального стану м'язів та результативність лікування.

### **653. АНАЛІЗ ОКЛЮЗІЙНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАТОЛОГІЧНОМУ СТИРАННІ ЗУБІВ**

**Жегулович З.Є.**

**м.Київ, Україна, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця**

Генералізоване патологічне стирання зубів є одним з найскладніших патологічних станів, що потребують ортопедичного лікування. Метою дослідження було вивчення стану оклюзійних детермінант при генералізованому патологічному стиранні зубів відповідно до критеріїв ідеальної оклюзії. Клінічне дослідження 69 пацієнтів з генералізованим патологічним стиранням 1-3 ступеню у віці  $38,8 \pm 11,8$  років здійснювалось за запропонованим нами алгоритмом. Аналіз оклюзії на моделях проводили в регульованому артикуляторі. Вивчалось розташування оклюзійних контактів і фасеток стирання у відповідності з функціональними рухами нижньої щелепи. Отримані результати показують зниження оклюзійної висоти, зміни рівня розташування та форми оклюзійної площини та рельєфу оклюзійних поверхонь зубів у пацієнтів з 1-3 ступенями патологічного стирання. При 1 ступені переважають ексцентричні фасетки стирання, при 2 ступені спостерігаються ексцентричні та центричні фасетки, при 3 ступені наявна повна деградація морфології оклюзійної поверхні. Відповідно до цього при 1 ступені збільшується кількість контактуючих зубів при протрузії та латеротрузії, формуються балансуєчі та гіпербалансуєчі контакти. Визначено різноманітні деформації зубних рядів, і цей показник прогресує відповідно до ступеня стирання. Усі випадки захворювання супроводжуються рецесіями та абфракціями, переважно розташованими у ділянках молярів, премолярів та іклів. Отримані результати вказують на комплекс порушень оклюзійних детермінант, що можна об'єднати в синдром оклюзійних порушень.

### **654. МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ АЛЬВЕОЛЯРНОЇ КІСТКИ ПІД ВПЛИВОМ ДЕКСАМЕТАЗОНУ**

**Желнін Є.В.**

**м.Харків, Україна, Харківський національний медичний університет**

З метою вивчення особливостей ремоделювання альвеолярної кістки під впливом лікування глюкокортикоїдами проведено експериментальні дослідження. В експерименті на щурах популяції WAG показано, що дексаметазон в терапевтичних дозах при внутрішньоочеревинному введенні протягом 2 тижнів, порушує організацію всіх структурних компонентів щелепи з найбільш значними проявами в компактній та губчастій кістках. В компактній кістці формуються великі порожнини резорбції, з'являються тріщини та щілини, знижується щільність остеоцитів, порушується організація матрикса за рахунок формування осередків нерівномірної осифікації. В губчастій кістці зафіксовано порушення ремоделювання – структура трабекулярної сітки змінена за рахунок формування поодиноких кісткових трабекул, які втрачають зв'язок з іншими трабекулами. Має місце зниження їх ширини, нерівномірність контурів, низька щільність остеоцитів і остеобластів. Міжтрабекулярні простори розширені. Зміни, що спостерігаються, свідчать про розвиток остеопоротичних процесів в кістці щелепи. Зафіксовані також зміни і в області періодонту. Вони пов'язані з порушенням організації пучків колагенових волокон і прикріплення їх до цементу зуба. Знайдено формування деструктивних порожнин з клітинним детритом. Втрата цілісності альвеолярної стінки призводить до розростання тканини періодонту в тріщини та розширені міжтрабекулярні простори. Встановлені особливості ремоделювання альвеолярної кістки під впливом дексаметазону в експерименті слід враховувати в клініці щелепно-лицьової хірургії.