

**SCI-CONF.COM.UA**

**MODERN RESEARCH  
IN WORLD SCIENCE**



**PROCEEDINGS OF II INTERNATIONAL  
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE  
MAY 15-17, 2022**

**LVIV  
2022**

# **MODERN RESEARCH IN WORLD SCIENCE**

Proceedings of II International Scientific and Practical Conference

Lviv, Ukraine

15-17 May 2022

**Lviv, Ukraine**

**2022**

**UDC 001.1**

The 2<sup>nd</sup> International scientific and practical conference “Modern research in world science” (May 15-17, 2022) SPC “Sci-conf.com.ua”, Lviv, Ukraine. 2022. 1785 p.

**ISBN 978-966-8219-86-3**

The recommended citation for this publication is:

*Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Modern research in world science. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference. SPC “Sci-conf.com.ua”. Lviv, Ukraine. 2022. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/ii-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-modern-research-in-world-science-15-17-maya-2022-goda-lvov-ukraina-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:** [lviv@sci-conf.com.ua](mailto:lviv@sci-conf.com.ua)

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

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

©2022 Authors of the articles

63. **Чумак Л. І.** 294  
ОРГАНІЗАЦІЯ УПРАВЛІННЯ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ  
У ДІТЕЙ НА ГРУПОВОМУ РІВНІ
64. **Чупіна В. І., Дзиза А. В.** 297  
СТАН ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ ПРИ КОРОНАВІРУСНІЙ  
ІНФЕКЦІЇ COVID-19
65. **Якименко О. О., Закатова Л. В., Антіпова Н. М.** 299  
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЇ COVID-19 У ХВОРИХ НА  
РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ
66. **Ясногор О. А., Чертов С. О., Гавриленко М. А., Болатасєв Р. Г.** 302  
ЗАСТОСУВАННЯ НА КАФЕДРІ ЗДМУ І ВПРОВАДЖЕННЯ В  
АМБУЛАТОРНУ ПРАКТИКУ НЕІНВАЗИВНОГО МЕТОДА  
ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ  
ІНФІЛЬТРАТІВ

#### PHARMACEUTICAL SCIENCES

67. **Белик Г. В., Щекина Е. Г., Эль Хани Эль Мехди** 308  
ИССЛЕДОВАНИЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ  
ЭКСТРАКТА СОЦВЕТИЙ ЛИПЫ НА МОДЕЛИ  
ПИРОГЕНАЛОВОЙ ЛИХОРАДКИ У КРЫС
68. **Литвинчук І. В., Грицюк А. Г., Гельмбольдт В. О.** 311  
СИНТЕЗ ТА РОЗЧИННІСТЬ ГЕКСАФТОРОСИЛКАТІВ 2-, 3-, 4-  
АМІНОФЕНІЛОЦТОВИХ КИСЛОТ ЯК ПОТЕНЦІЙНИХ  
АНТИКАРІЄСНИХ АГЕНТІВ

#### CHEMICAL SCIENCES

69. **Велькевич М. І., Коваленко І. В., Власенко Н. Є.** 317  
ГРАФІТ – МАТЕРІАЛ ДЛЯ ХІМІЧНИХ ДЖЕРЕЛ СТРУМУ
70. **Ільніцька Я. В., Коваленко І. В., Зульфїгаров А. О.** 322  
ГРАФЕНОВІ АКУМУЛЯТОРИ: ХАРАКТЕРИСТИКИ,  
ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ
71. **Коновалова О. Ю., Савченко В. С.** 326  
ОЦІНКА ВМІСТУ СИНТЕТИЧНИХ ХАРЧОВИХ БАРВНИКІВ У  
ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТАХ
72. **Москаєва О. Г., Островський К. І.** 332  
ВПЛИВ ПОЛОЖЕННЯ НІТРО- ТА АМІНОГРУПИ У  
ФТАЛЕВОМУ ФРАГМЕНТІ НА КИСЛОТНО-ОСНОВНІ  
ВЛАСТИВОСТІ ЕСТЕРІВ ФЛУОРЕСЦЕЇНУ
73. **Попова Є. Є., Коваленко І. В., Власенко Н. Є.** 339  
МЕТОДИ ЗНЕЗАРАЖЕННЯ ТА ОЧИСТКИ ВОДИ
74. **Савчук Т. І., Корольчук С. І., Кормош Ж. О.** 344  
ПОТЕНЦІОМЕТРИЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРОКСОСПОЛУК У  
МАЙОНЕЗІ
75. **Скнар Ю. Є., Скнар І. В., Гриднєва Т. В.** 349  
КІНЕТИКА ЕЛЕКТРООСАДЖЕННЯ СПЛАВУ Ni-Fe 3

# 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 мікроциркуляції 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 (**Мал.1.**). 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 змін 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.