

Міністерство охорони здоров'я України
ПВНЗ «Київський медичний університет»
ГС «Українська асоціація міждисциплінарної медицини»
ГО «Українська Академія Педіатрії – Союз Медичних Спеціальностей»
ГО «Асоціація стоматологів України»
ВГО «Асоціація лікарів-пародонтологів України»



XIII КОНГРЕС З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА» ОНЛАЙН

ПРОГРАМА

ОНЛАЙН СТУДІЯ: ГОТЕЛЬ «РУСЬ»,
м. Київ, вул. Госпітальна, 4

21-22 травня 2020 року *

* Конгрес проводиться згідно Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які відбудуться у 2020 році (26-28 березня 2020 року)

Consequently, the protective function of the connective tissue of the periodontal tissue is violated, which is closely related to the decrease in the number of functional molecules of proteoglycans - sGAGs. These processes are adversely affected the functional state of the barrier mechanisms of periodontal tissues along the pathway of the aggressive parodontopathogenic microflora, which penetrates into the internal structures of the gingival stroma and the alveolar bone. In the future, when a pathological process occurs in the tissues of the periodontal tissue, this predetermines a substantial violation of tissue repair at different levels.

In modern periodontology, the most promising approaches are considered with using of natural regulators of physiological and pathological processes that are devoided of any toxic effect on cells and tissues. Sulfated and non-sulfated GAGs are used as natural regulators of physiological and pathological processes in the periodontal tissue. The correct choice of a drug based on GAGs for topical treatment of catarrhal gingivitis is an actual problem and requires continuation of the investigation.

The goal of the investigation. Increase of efficiency and clinical substantiation of the new concept of local treatment of patients with catarrhal gingivitis by using drugs based on D-glucosamine.

Materials and methods.

We examined 20 patients with symptoms of catarrhal gingivitis (16 women and 4 men among them). Criteria for including patients in the study: age from 25 to 35 years, reliable diagnosis, patient's consent. According to anamnesis, the prescription of the disease is from one to three years. The condition of the periodontal tissue was assessed clinically.

Patients were divided into 2 groups depending on the method of treatment: in the first one a complex treatment was performed using traditional local anti-inflammatory therapy with periodontal trays, in the second one - with local application of drugs based on D-glucosamine with periodontal trays. The exposure consists of 40 minutes twice a day for 14 days. Periodontal status was assessed by: bleeding of the gingiva at the H. R. Muhlemann index, Sulcus Bleeding Index (1971), the degree of inflammation in the gingiva - by the PMA index in the modification of C. Parma (1960), the prevalence and severity of inflammatory-dystrophic changes - according to the A. L. Russel index (1956). The hygienic state of the oral cavity was determined by the index of J. C. Green and J. R. Vermilion (OHI-S, 1964).

Results and discussion. Taking into the account of clinical and radiological picture, within the framework of the new concept of complex treatment of patients with catarrhal gingivitis, a gel composition based on D-glucosamine was developed for topical application. Clinical approbation of the gel composition on the basis of D-glucosamine allowed to locally enhance the anti-inflammatory, antiedemic actions, analgesic effect, optimized the reparative processes in the periodontal tissues and reduced the term of treatment and avoided side effects.

Conclusions. This investigation showed that the regeneration processes in patients who were treated with D-glucosamine drugs in a complex treatment are proceed more intensively and completely than similar processes in the periodontium in patients who were treated with the traditional method. Local and general using of drugs based on D-glucosamine is possible in order to increase the effectiveness of anti-inflammatory therapy in the complex treatment of catarrhal gingivitis.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Худякова М. Б.

Харьковский национальный медицинский университет
г Харьков, Украина

В комплексной терапии генерализованного пародонтита (ГП) хронического течения целесообразно применять антиоксиданты (АО) и другие биорегуляторы [7]. К отличительным особенностям антиоксидантной системы (АОС) пародонта следует отнести высокую активность каталазы (КТ) - антиперекисного фермента, который действует на более поздних стадиях свободнорадикального процесса, инактивирующий перекись водорода. Снижение активности фермента может быть следствием уменьшения его синтеза [4, 6].

Кверцетин с успехом применялся в пародонтологии в качестве местной и общей терапии [2]. Целесообразность применения в комплексном лечении ГП препаратов эссенциальных фосфолипидов, в частности лецитина, обоснована их биологическими функциями, а также синергизмом действия фосфолипидов с антиоксидантами [3].

Не изученными остаются возможности коррекции патогенетических механизмов ГП путем использования отечественных препаратов природного происхождения с антиоксидантными свойствами - липосомального кверцетина («Липофлаван», ЗАО «Биолек», Харьков, Украина). В настоящее время разнообразные эффекты Липофлавона при лечении больных ГП начинают изучаться [5].

Целью нашего исследования стало изучение активности КТ в ротовой жидкости (РЖ) больных ГП хронического течения II степени тяжести при местном использовании липосомального кверцетин-лецитинового комплекса (ЛКЛК) в индивидуальных пародонтальных капках.

Материалы и методы. Проведено комплексное лечение 16 больных ГП хронического течения II степени тяжести с местным применением ЛКЛК в индивидуальных пародонтальных капках.

Больным проводили базисную терапию с местным назначением ЛКЛК (инъекционная форма препарата «Липофлавор») в виде суспензии, приготовленной ex tempore, которая содержит 137,5 мг лецитина и 3,75 мг кверцетина. Суспензия готовилась при замешивании 1/4 части содержимого флакона с 5 мл изотонического 0,9 % раствора хлорида натрия, подогретого до 38° С в индивидуальных пародонтальных капках с экспозицией 40 минут 2 раза в день в течении 14 дней.

У пациентов в утреннее время натощак до лечения и через 1, 6 и 12 месяцев после лечения проводили забор РЖ в объеме 5 мл для исследований состояния антиоксидантной системы.

Регистрация показателей проводилась до лечения, после курса лечения через 1, 6 и 12 месяцев. Контрольная группа включала 14 практически здоровых людей.

Определение активности каталазы проводили с помощью метода, который основан на способности перекиси водорода образовывать с солями молибдена стойкий окрашенный комплекс [1]. К 0,1 мл РЖ добавляли 2 мл 0,03 % раствора H_2O_2 и через 10 минут - 1 мл 4 % раствора молибдата аммония. Определяли оптическую плотность с помощью спектрофотометра СФ-46 при длине волны 410 нм.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное биохимическое исследование показало, что у здоровых лиц уровень активности КТ в РЖ составил $3,35 \pm 0,08$ у.е. Среди обследованных больных ГП хронического течения II степени тяжести основной группы уровень активности КТ в РЖ до лечения снизился до $1,78 \pm 0,17$ у.е., что ниже контроля на 47 % ($P < 0,001$). По данным, которые мы получили, хроническое течение у больных ГП характеризуется выраженной активацией процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) на фоне угнетения активности системы антиоксидантной защиты (АОЗ) и в целом дисбалансом соотношения ПОЛ-АОЗ с превалированием в РЖ прооксидантных свойств.

Местная терапия больных ГП II степени тяжести с использованием ЛКЛК через 1 месяц позволила увеличить активность фермента КТ в РЖ на 50 % - с $1,78 \pm 0,17$ у.е. до $3,45 \pm 0,15$ у.е. ($P < 0,001$), что было выше нормы на 3 % ($P > 0,05$). Как заметно из результатов исследований, под влиянием ЛКЛК наблюдается нормализация показателей АОЗ у всех больных благодаря антиоксидантному действию фосфатидилхолина и кверцетина. Активность КТ в РЖ у больных ГП II степени тяжести через 6 месяцев после применения ЛКЛК повысился с $3,45 \pm 0,15$ до $3,49 \pm 0,13$ у.е. (увеличение на 1 %, $P > 0,05$) относительно показателей через 1 месяц после лечения, что выше нормы на 4 % ($P > 0,05$). Следовательно, через 6 месяцев после лечения в основной группе активность КТ в РЖ была повышена по сравнению с нормой ($P < 0,005$). Терапевтический эффект кверцетина в РЖ через 6 месяцев после лечения сохраняется.

Через 1 год у больных ГП II степени тяжести активность КТ снизилась на 1 % - с $3,49 \pm 0,13$ у.е. (через 6 месяцев) до $3,46 \pm 0,14$ у.е., что на 3 % было выше нормы, что было недостоверным ($P > 0,05$). Применение ЛКЛК 2 раза в год позволило повысить активность КТ в РЖ через 1 год на 3 % ($P > 0,05$). Таким образом, повторное местное использование ЛКЛК, с разницей между медикаментозным лечением в 6 месяцев позволяет повысить эффект пародонтальной терапии.

Выводы. Анализ динамики повышения уровня КТ в РЖ больных ГП хронического течения II степени при лечении ЛКЛК показал, что местное применение липосомальной формы кверцетина и использование пародонтальных кап для пролонгации местного действия может быть новым перспективным направлением в комплексном лечении ГП. Применение кап и ЛКЛК сокращает количество посещений, экономит время врача и позволяет больным проводить лечение в домашних условиях.

Литература

1. Барабой В. А. Методические особенности исследования перекисного окисления / В. А. Барабой, В. Э. Орел, И. М. Карнаух // Перекисное окисление и радиация. - К.: Наукова думка, - 1991. - С. 52-75.
2. Борисенко А. В. Нарушение белкового обмена в тканях пародонта при патологии и их коррекция в комплексном лечении: автореф. дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / А. В. Борисенко // - К., - 1992. - 29 с.
3. Белоқлицкая Г. Ф. Возможности антиоксидантной коррекции перекисного окисления липидов при заболелваннях пародонта разной степени тяжести / Г. Ф. Белоқлицкая // Современная стоматология. - 2000. - № 1. - С. 38-41.
4. Бурковська А. Ю. Антиоксидантні властивості 2 % мазі тіотриазоліну при експериментальній виразці / А. Ю. Бурковська, М. С. Кордис: мат. Ювілейної міжнародної науково-практична

XIII КОНГРЕС З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА» ОН-ЛАЙН конференції, присвяченій 30-річчю стомат. ф-ту ІФНМУ [„Стоматологія – вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрямки розвитку“], (Івано-Франківськ, 5-6 лютого 2009 р.). - Івано-Франківськ, 2009. - С. 27.

5. Кукурудз Н.І. Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування амізону в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 „Стоматологія“ / Н. І. Кукурудз; Івано-Франк. нац. мед. університет. - Івано-Франківськ, - 2008. - 18 с.

6. Diab-Ladki R Decrease in the total antioxidant activity of saliva in patients with periodontal diseases / R Diab-Ladki, B Pellat, R Chahine // Clin Oral Investig. - 2003. - №7. - P.103-107.

7. Pendyala G The challenge of antioxidants to free radicals in periodontitis / G Pendyala, B Thomas, S Kumari // J Indian Soc Periodontol. - 2008. - №12. - P.79-83.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЛІМФАДЕНІТІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ.

Чехова І.Л., Єфименко В.П.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку, м. Київ

Мета: визначити сучасні підходи до діагностики та лікування лімфаденітів щелепно-лицевої ділянки у дітей.

Методи дослідження: аналіз архіву 1043 історій хвороб, клінічні, лабораторні (ЗАК, серологічні, вірусологічні), УЗД, МРТ, рентгенологічні, статистичні.

Статистичні дослідження показали, що лімфаденіти склали 21,3 % від загальної кількості госпіталізованих у щелепно-лицеве відділення, в 94% збудником захворювання за даними бактеріального посіву був стафілокок, в 40% - первинно був встановлений помилковий діагноз, найбільша частота захворювання реєструвалася в осінньо-зимовий період. Серед дітей вікової групи 6-7 років найчастіше діагностувався одонтогенний, а до 5 років – неодонтогенний лімфаденіт.

У дитини кількість лімфовузлів у 4-6 разів більша, ніж у дорослих, з віком частина їх атрофується, що умовно пояснює частоту уражень їх у дітей при різноманітних захворюваннях. Найчастіше причинами неодонтогенних лімфаденітів були 84% ЛОР-захворювання (ГРЗ, тонзиліти, отити, риніти, бронхіти, ларингіти), 11% - дерматогенні (стрептодермія, фурункули), 5% - травма, щеплення, специфічна інфекція.

Діагностика лімфаденітів складається з ретельного збору анамнезу, клінічного обстеження та додаткових методів (УЗД, МРТ, ЗАК, рентгенографія, гістологічне дослідження). Аналіз історій хвороб показав, що феліноз (лімфоретикулез) складає 15% від загальної кількості госпіталізованих дітей з лімфаденітами, з яких у 50% були діагностичні помилки на догоспітальному етапі, що пов'язано з клінічною схожістю з бактеріальними та туберкульозними лімфаденітами та відсутністю своєчасної серологічної діагностики. При підозрі на феліноз нами розроблений та успішно впроваджений діагностично-лікувальний алгоритм, що включає в себе: деталізований анамнез (контакт з твариною), наявність первинного афекту та регіонарного лімфаденіту, а також специфічну серологічну діагностику, яка допомагає верифікувати діагноз. Лікування включає медикаментозну терапію (кларитроміцин) та хірургічне лікування за показаннями. Останнім часом значно зросла кількість лімфаденітів вірусної етіології, що значно ускладнює і діагностику і лікування.

Лікування лімфаденітів залежить від стадії розвитку захворювання, етіофактору та наявності фонових захворювань у дитини.

Заключення. Хірургічні методи лікування лімфаденітів у дітей, на сучасному етапі, не міняються, а змінилися підходи до діагностики та медикаментозного лікування, особливо стосовно антибактеріальної та противірусної терапії.