Організація наукових медичних досліджень

«Salutem»

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ

КОНФЕРЕНЦІЇ

«вітчизняна та світова медицина: вимоги СЬОГОДЕННЯ»

14-15 листопада 2014 р.

Дніпропетровськ

2014

Сербина И. Е., Калинина Н. А., Калищук О. А 72

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ ВОДИТЕЛЯ И ПАССАЖИРОВ ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ТРАВМООПАСНЫЕ ОБЪЕКТЫ В УСЛОВИЯХ ДТП

Плевинскис П. В 75

[ДЕСКВАМАТИВНЫЙ ГЛОССИТ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ПАРАЗИТОЗАХ Савельева Н. Н 79](#bookmark30)

THE CLINICAL SYMPTOMS OF ISCHEMIC HEART FAILURE

DYNAMICS BY IVABRADINE AND П-3 PUFA MANAGEMENT

Fedorov S 82

ВЛИЯНИЕ ЛИПОСОМАЛЬНОГО КВЕРЦЕТИН-ЛЕЦИТИНОВОГО КОМПЛЕКСА И ГЕЛЯ ИЗ ГРАНУЛ КВЕРЦЕТИНА НА ДИНАМИКУ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА PBI ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ІІ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Худякова М. Б., Рябоконь Е. Н., Соколова И. И 84

АНАЛІЗ ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ІНФЕРТИЛЬНОСТІ

Чалій А. С., Нікітін О. Д 88

ВПЛИВ АРТ-ТЕРАПІЇ НА ПІСЛЯПОЛОГОВУ ДЕПРЕСІЮ Гороховянка А. Р., Топольницька О. І., Чупіль М. Р.,

Жданюк Н. В., Іжик Г. Б 89

ВПЛИВ ДОМАШНІХ ТВАРИН НА АУТИЗМ У ДІТЕЙ Жданюк Н. В., Чупіль М. Р., Іжик Г. Б.,

Топольницька О. І., Логін М. В 91

КОРЕЛЯЦІЯ МІЖ КЛІНІЧНОЮ ВІДПОВІДДЮ ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЮ ПРОГРЕСІЄЮ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ

Яременко О. Б., Микитенко Г. М 92

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОБРАБОТКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Яремчук О. В., Лазарева Л. А., Каткасова Л. Г 96

ВЛИЯНИЕ ЛИПОСОМАЛЬНОГО КВЕРЦЕТИН-ЛЕЦИТИНОВОГО КОМПЛЕКСА И ГЕЛЯ ИЗ ГРАНУЛ КВЕРЦЕТИНА НА ДИНАМИКУ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА РВ1 ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ II СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

ХУДЯКОВА М. Б. *кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии*.

РЯБОКОНЬ Е. Н. доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии

СОКОЛОВА И. И. доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии

Харьковский национальный медицинский университет г. Харьков, Украина

В комплексном лечении заболеваний пародонта наиболее популярным и распространенным методом является фармакотерапия. Это объясняется тем, что терапевтический эффект большинства лекарственных средств как следствие системного или недостаточного локального действия под воздействием ряда факторов (вымывание, недостаточная фиксация и др.) наблюдается не только в тканях пародонта, а и в организме в целом. Разработка и применение высокоэффективных и безопасных средств фармакотерапии заболеваний пародонта в последние годы по праву считаются одним из приоритетных направлений отечественных и зарубежных исследователей [1, 2, 3]. Медикаментозная местная терапия является неотъемлемой частью комплексного лечения генерализованного пародонтита (ГП)[4, 7].

Эффективность местного введения лекарственных препаратов в ткани пародонта зависит от экспозиции вещества в пародонтальном кармане (ПК), выбора лекарственного вещества, способа его применения, сохранения концентрации. Преимущество следует отдавать формам и путям введения лекарственных средств с контролируемым и продолжительным действием [5, 6].

Не до конца изучены возможности коррекции патогенетических механизмов ГП путем использования отечественных препаратов природного происхождения с противоспалительными, мембранопротекторными, антигипоксическими, репаративными и антиоксидантными свойствами. К таким препаратам относится липосомальная форма кверцетина – «Липофлавон», ЗАО «Биолек», Харьков. В состав липофлавона входят также лецитин, лактоза. Максимальный терапевтический эффект липофлавона реализуется за счет того, что лецитин обеспечивает целенаправленное поступление и высвобождение кверцетина в ткани пародонта [8, 9].

Липофлавон способствует снижению показателей индекса кровоточивости за счет ингибирования фосфолипазы А2, что приводит к торможению высвобождения арахидоновой кислоты из мембран клеток. А так же фосфотидилхолиновые липосомы, за счет содержания в них кверцетина, угнетают активность гиалуронидазы, нормализуя повышенную проницаемость капилляров [10, 11, 12, 13, 14].

**Целью** исследования было сравнительное изучение изменений индекса РВІ у больных ГП хронического течения ІІ степени тяжести при местном использовании геля из гранул кверцетина и липосомального кверцетин-лецитинового комплекса (ЛКЛК).

**Материалы и методы.** Проведено комплексное лечение 31 больного ГП хронического течения ІІ степени тяжести (из них 16 больных основной группы и 15 - группы сравнения) с местным применением геля из гранул кверцетина и ЛКЛК с использованием пародонтальных капп.

Больным основной группы проводили базисную терапию с местным назначением ЛКЛК (инъекционная форма препарата «Липофлавон») в виде суспензии, приготовленной ex tempore, содержащей 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 38ºС. Больным группы сравнения проводили базисную терапию с местным применением геля из гранул кверцетина с помощью пародонтальных капп с экспозицией 40 минут 2 раза в день в течении 14 дней. Пол пакета (1 грам) «Гранул кверцетина» растворяли в 10 мл воды до получения геля, содержащего 40 мг кверцетина.

Индекс кровоточивости сосочков (PBI) по Zaxer, Mühlemann [5] определяли с помощью пародонтального зонда. По этому индексу определяют возникновение кровоточивости сосочков после осторожного зондирования десневой борозды. Зондирование осуществляют на язычной поверхности 1 и 3 квадрантов и на вестибулярных поверхностях 2 и 4 квадрантов. Через 20-30 с, когда весь квадрант прозондированный, определяли и регистрировали интенсивность кровотечения (4 степени тяжести).

Больным обоих групп проведена общепризнанная базовая терапия, включающая орошение полости рта и ПК растворами антисептических средств до и после удаления зубных отложений (0,2 % раствор хлоргексидина биглюконата), удаление мягких зубных отложений с помощью порошкоструйного аппарата «AIR-FLOW», механическое и ультразвуковое удаление над- и поддесневых зубных отложений на аппарате «Аmdent». Процедуру заканчивали шлифовкой, полировкой пришеечных областей с покрытием чувствительных зон фторсодержащим лаком «Стомафтор». У больных ГП ІІ степени тяжести определяли преждевременные контакты, проводили избирательное пришлифовывание зубов, устранение травматической окклюзии по методу Шиллера в центральной, боковых и передней окклюзиях с помощью артикуляционной бумаги разной толщины. До местной терапии проводили временное шинирование подвижных зубов с использованием адгезивной армированной зубной шины „Ribbond” на основе органической матрицы из полиэтилена, которое при необходимости заменяли на постоянное. Пациентам при глубине ПК от 4 до 5,5 мм (9 больных основной группы – 56,25 %; 9 больных группы сравнения – 60 %) проводили хирургические вмешательства на тканях пародонта (открытый кюретаж ПК по методу Рамфорда с помощью модифицированного лоскута Видмана). Системную антибиотикотерапию в случае проведения открытого кюретажа проводили строго по показаниям, и назначали препараты только после идентификации микрофлоры ПК и определения чувствительности ее к антибиотикам. Для блокирования циклооксигеназного пути воспаления назначали нестероидный противовоспалительный препарат „Нимесулид” (селективный ингибитор ЦОГ-2) по 100 мг 2 раза в день внутрь в течении 5-7 дней.

Индекс PBI определяли до лечения, через 1 месяц, 6 месяцев и 1 год. Через 6 месяцев больных осматривали, обследовали состояние тканей пародонта и проводили поддерживающую терапию в виде медикаментозного лечения с использованием пародонтальных капп с гелем из гранул кверцетина и ЛКЛК в течении 14 дней по 40 минут 2 раза в день.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам клинического обследования больных сГП были виявлены значительные изменения показателей индексной оценки состояния тканей пародонта в обоих группах обследования. У больных ГП ІІ степени тяжести до лечения наблюдается увеличение индекса кровоточивости сосочков (PBI) до 2,65 ± 0,15 в основной группе и 2,68 ± 0,15 - в группе сравнения (P < 0,001).

При анализе индекса PBI в ближайшие и отдаленные сроки подтверждается, что использование разных форм кверцетина для местного лечения больных с ГП ІІ степени тяжести эффективно. Полученный эффект подтверждается положительной динамикой индекса РВІ (Р < 0,001). Снижение индекса кровоточивости свидетельствует про достаточное купирование воспалительного процесса в тканях пародонта. Через 1 месяц индекс кровоточивости снизился с 2,65 ± 0,15 до 0,56 ± 0,05 (P < 0,001) при применении ЛКЛК и с 2,68 ± 0,15 до 1,05 ± 0,08 (P < 0,001) – при использовании гранул кверцетина (P < 0,001). Показатели индекса кровоточивости повысились через 6 месяцев до 1,04 ± 0,08 (ЛКЛК) и 1,27 ± 0,08 (гранулы кверцетина) (Р > 0,05), а через 1 год – 1,29 ± 0,07 и 1,37 ± 0,08 соответственно (Р > 0,05).

Клиническое обследование больных ГП ІІ степени тяжести через 6 и 12 месяцев свидетельствует о том, что результаты комплекного лечения с местным применением ЛКЛК и гранул кверцетина являються стойкими. У всех больных после курса поддерживающей терапии с ЛКЛК 2 раза в год, определялись наиболее результативные показатели индекса РВІ.

При клиническом обследовании больных ГП ІІ степени тяжести через 12 месяцев показатели индекса PBI снижались в основной группе – на 51 % (Р < 0,001), в группе сравнения – на 49 %. (Р < 0,001). Положительная динамика показателей индекса PBI на протяжении 1 года свидетельствует о продолжительной фармакологической эффективности Липофлавона при местном лечении больных ГП ІІ степени тяжести по сравнению с гранулами кверцетина.

Проведенные исследования продемонстрировали способность ЛКЛК снижать процесс воспаления и симптом кровоточивости, повышать условия для репарации тканей пародонта. Можно утверждать, что высокая терапевтическая эффективность предложенного ЛКЛК у больных с ГП ІІ степени тяжести обусловлена антиоксидантным, мембраннотропным, противовоспалительным и пародонтопротекторным действиями. Это позволяет рекомендовать ЛКЛК для местного применения в качестве патогенетическиобусловленного средства лечения ГП.

Использованная литература:

Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. – К.: Здоров’я, 2000. − 462 с.

Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування. Навч. пос. / Г.М. Мельничук, М.М. Рожко, Л.В. Завербна. – Івано-Франківськ. – 2011. – 328 с.

Мащенко И.С. Болезни пародонта / И.С. Мащенко. − Дрогобич: Коло, 2003. − 272с.

Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч.: Ч.2. Болезни пародонта / под ред. Г. М. Барера. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 224с.

Болезни пародонта. Патогенез, клиника, лечение / [А. А. Григорьян, А.И. Грудянов, Н.А. Рабухина, О.А. Фролова]. – М: Медицинское информационное агенство, 2004. − 320 с.

Барер Г.М. Системы локальной доставки лекарств в лечении пародонтита: обзор литературы / Г.М. Барер, О.В. Соловьёва, О.О. Янушевич // Пародонтология. − 2002. − № 3 (24). – С. 23−28.

Вольф Г.Ф. Пародонтология / Герберт Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак; пер. с нем.; под ред. проф. Г. М. Барера. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 548 с.

Белік Г.В. Експериментальне обґрунтування використання ліпосомальної форми кверцетину при серцево-судинних захворюваннях: автореф. дис. на зд. наук. ступеня канд. фарм. наук: спец. 14.03.05 „Фармакологія” / Г.В. Белік; Національний фармацевтичний університет. − Харків, 2006. – 32 с.

Скидан К.В. Применение кверцетина в стоматологии / К.В. Скидан, А.П. Левицький, М.И. Скидан // Вісник стоматології. - №1 - 2010. - С.81-87.

Чернуский В.Г. Перспективы использования липосомальных форм препаратов при лечении бронхильной астмы у детей (обзор литературы) / В.Г. Чернуский, Ю.В. Одинец, И.Л. Дикий // Експериментальна і клінічна медицина. - 2005. - N 2. - С. 122-126.

Грищенко О.В. Можливості ліпосомальної терапії в перинатології / О.В. Грищенко, Г.В. Сторчак, В.Г. Карпенко // Клінічна фармація.-2003. - Т.7.

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.

Capabilities of liposomes for topological transformation / F. Nomura, M. Nagata, T. Inaba et al. // Proc. nat. Acad. Sci. USA. - 2001. - Vol.98, №5. - Р.2340-2345.

Encapsulation of naturally flavonoids into liposomes: physicochemical properties and biological activity against human cancer cell lines / M. Goniotaki, S.Hatziantoniou, K.Dimas et all // J. Pharm. Pharmacol. - 2004. - Vol. 56, № 10. - Р.1217 - 1224.