Міністерство освіти та науки України

Харківський національний медичний університет

ОПТИМІЗАЦІЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Матеріали Всеукраїнської дистанційної науково-практичної конференції

18 квітня

Харків – 2024

Всеукраїнська дистанційна науково-практична конференція

«ОПТИМІЗАЦІЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

Оптимізація мультидисциплинарного підходу до діагностики та лікування стоматологічних захворювань: Матеріали Всеукраїнської дистанційної науково-практичної конференції, 18 квітня 2024 р., м. Харків. – Харків: ХНМУ, 2024. – 67 с.

Матеріали Всеукраїнської дистанційної науково-практичної конференції «Оптимізація мультидисциплинарного підходу до діагностики та лікування стоматологічних захворювань»: Зб. наук. праць. – Харків, ХНМУ, 18 квітня 2024. – 67 с.

Відповідальність за грамотність, автентичність цитат, достовірність фактів і посилань несуть автори публікацій. Передрук і відтворення опублікованих у збірнику матеріалів будь-яким способом дозволяється тільки при посиланні на Всеукраїнську дистанційну науково-практичну конференцію ***«ОПТИМІЗАЦІЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»****.*

Матеріали інтернет-конференції розміщені на Web-сторінці
Харківського національного медичного університету
(у Репозитарії ХНМУ) за адресою: http://repo.knmu.edu.ua/.

Відповідальний за випуск: *Савєльєва Н.М., Томіліна Т.В.*
Комп'ютерна верстка та дизайн: *Жданова Н.О.*

Адреса оргкомітету:
кафедра стоматології ННІ ПО ХНМУ
Університетський Стоматологічний Центр ХНМУ
просп. Перемоги, 51, Харків, 61000, Україна

ЗМІСТ

ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПРОТЕЗНИХ СТОМАТИТІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
Бадалов Р.М., Коваленко Г.А. ***8***

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНИХ ОКЛЮЗІЙНИХ ШИН ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА
Боян А.М., Безсонов В.І. ***11***

ДЕЩО ПРО МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СКРОНЕВОНИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ (СНЩС)
Василенко В.М ***12***

МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНА НЕЙТРОПЕНІЯ І АГРАНУЛОЦИТОЗ
Воропаєва Л.В., Крючко А.І., Томіліна Т.В. ***15***

ВПЛИВ НЕГАТИВНИХ ЗОВНІШНІХ ФАКТОРІВ ОНЛАЙН НАВЧАННЯ НА СТАН ПОРОЖНИНИ РОТА ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ. РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ
Гармаш О.В., Баглик Т.В, Стеблянко Л.В. ***19***

НЕЙРОСТОМАТОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ПЕЧІННЯ ПОРОЖНИНИ РОТА: РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПРОТЕЗНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ
Діасамідзе Е.Д., Шемяков В.О. ***22***

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОПТИМІЗОВАНОГО МЕТОДУ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕХВОРІЛИ НА COVID-19
Діасамідзе М.Е. ***24***

Воропаєва Л.В., Крючко А.І., Томіліна Т.В.

МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНА НЕЙТРОПЕНІЯ І АГРАНУЛОЦИТОЗ

Харківський національний медичний університет

Кафедра терапевтичної стоматології, кафедра стоматології.

м.Харків, Україна

Науковий керівник: д.мед.н., професор Рябоконь Є.М.

Медикаментозно-індукована нейтропенія відноситься до набутих станів з потенційно високим ризиком для здоров'я людини. Частіше це ускладнення виникає при лікуванні таргетними протипухлинними препаратами, але це прогнозовано, також при поліхіміотерапії, лікуванні захворювань чи станів нестероїдними протизапальними препаратами, лікуванні захворювань деякими антибактеріальними препаратами (b-лактамними), антиагрегантними, антиаритмічними, антитериоідними, антипсихотичними препаратами. За даними літературних джерел у хворих відмічається збільшення частоти нейтропенії і агранулоцитозу з віком, тобто у старших за 60 років, оскільки зростає кількість застосування лікарських препаратів у зв'язку з поліморбідністю. За даними літератури більшість пацієнтів за 60 років вживають 4-5 лікарських засобів на добу на постійній основі. Дослідження американських вчених не показали найбільш небезпечний засіб серед нестероідних протизапальних препаратів, але виділили клозапін (антипсихотичний) як найбільш небезпечний у розвитку агранулоцитозу [1,2.3].

У пацієнтів з нейтропенією і агранулоцитозом можуть спостерігатись такі симптоми: лихоманка, апатія, міалгія, слабкість, гінгівіт, стоматит, синусит, бронхіт і навіть сепсіс. При відсутності антибактеріальної терапії в таких випадках, може виникнути септицемія, пневмонія, інфекції м'яких тканин, орофарінгеальної області та періодонту. Часто запальні процеси слабко виражені у зв'язку з неспроможністю імунної системи розвинути активну адекватну відповідь.

Медикаментозно-індуковану нейтропенію необхідно диференціювати з лейкозом, лімфомою, ідиопатичною нейтропенією, ВІЛ. В цілому нейтропенія і агранулоцитоз можуть виникати при багатьох захворюваннях, наприклад при апластичній анемії, аутоімунній нейтропенії, кологенозах, циклічній нейтропенії, гіперспленії, ВІЛ, променевій терапії та ін.

Критеріями діагностики медикаментозно-індукованої нейтропенії і агранулоцитозу є: 1) початок агранулоцитозу в період прийому лікарських препаратів впродовж 7 діб і відновлення показників лейкоцитів впродовж 1 місяця після відміни препаратів; 2) рецедив агранулоцитозу при повторному застосуванні лікарського препарату; 3) відсутність анемії і тромбоцитопенії.

Вказані критерії дійсні при відсутності в анамнезі нещодавно перенесеної вірусної інфекції, вродженої або імуноопосередкованої нейтропенії, нещодавно перенесеної хіміо-/ або імунотерапії (з використанням імуноглобулінів, інтерферонів, антитіл до фактору некрозу пухлин, ритуксімаб) і/або променевої терапії.

За механізмом розвитку лікарсько-індуковані нейтропенію та агранулоцитоз можна розділити на три типи: 1) імуноопосередкований
з утворенням антитіл до гранулоцитів та їх клітин-попередниць; 2) цитотоксичний; 3) їхня сукупність (як правило, при цьому відбувається формування гаптенів) [1].

До факторів ризику розвитку лікарсько-індукованих нейтропенії та агранулоцитозу відносять [3]: літній вік, застосування комбінацій деяких лікарських засобів (ЛЗ) (потенційно небезпечні міжлікарські взаємодії), генетичну схильність, жіночу стать, наявність хіміо- або променевої терапії у анамнезі, недостатність харчування, коморбідну патологію (зокрема, ниркову недостатність, аутоімунні стани), інфекційні захворювання (у тому числі інфекційний мононуклеоз) та приналежність до етнічної групи ашкенази (останній фактор має суттєве значення для клозапін-асоційованої нейтропенії та агранулоцитозу).

Доза ЛЗ та тривалість лікування також можуть відігравати значну роль у розвитку лікарсько-індукованого агранулоцитозу.

Прогноз при лікарсько-індукованих нейтропенії та агранулоцитозі безпосередньо пов'язаний з розвитком інфекційних ускладнень. Ризик інфекційних ускладнень значно вищий, якщо АКН знижується <0,1×109/л, у такій ситуації у 20% пацієнтів розвивається життєзагрозлива бактеріємія [1]. Життєзагрозним фактором для пацієнтів з нейтропенією є зараження такими мікроорганізмами, як Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Streptococcus viridans [1]. Генералізована грибкова інфекція, особливо кандидоз та аспергільоз, асоціюється з більш ніж 90% ризиком летальних випадків у групі пацієнтів з алогенним трансплантатом [1].

У Європі смертність від лікарсько-індукованого агранулоцитозу в період 1990–2010 років. перебувала у межах 10–16% [2, 4]. Останнім часом цей показник знизився в середньому до 5% (2,5–10%), ймовірно, завдяки успіхам у діагностиці та лікуванні цього стану [5]. Найвищий рівень смертності спостерігався у послаблених пацієнтів похилого віку (у віці старше 65 років), а також у пацієнтів з нирковою недостатністю (при рівні креатиніну в сироватці крові >120 мкмоль/л), бактеріємією або шоком на тлі нейтропенії [2,6].

Мета дослідження – опис клінічного випадку медикаментозно-індукованого агранулоцитозу.

Методи дослідження - клінічне стоматологічне обстеження: опитування, екстраоральний і інтраоральний огляд, додаткові методи.

Клінічне спостереження. У вересні 2023 р. до клініки звернулася пацієнтка 68 років зі скаргами на постійні різкі болі в порожнині рота, неможливість прийому їжі, появу на слизовій оболонці порожнини рота виразок, через які неможливо розмовляти та проводити гігієну порожнини рота. З анамнезу стало відомо, що протягом останніх 5 років хворіє на ревматизм. Зі слів пацієнтки ревматологом була призначена терапія, яка включала комбінацію кортикостероїда і НПЗП («Медрол» і «Диклофенак» в таблетках). «Медрол» (синтетичний кортикостероїд для системного застосування, діюча речовина метилпреднізолон). «Диклофенак» (група нестероїдних протизапальних препаратів), який також має протизапальні та знеболюючі властивості. У червні 2023 р. пацієнтка самостійно перейшла тільки на «Диклофенак», більш дешевий препарат. Вказаний препарат застосовувала в подвійній дозі, від призначеної лікарем, та безконтрольно, поки не з'явилися болісні відчуття в порожнині рота і шлунку. Це стало приводом звернення до лікаря-стоматолога. Відомо, що приймати «Диклофенак», як взагалі всі нестероїдні протизапальні препарати, потрібно відповідно до рекомендацій лікаря, під контролем лікаря та клінічного аналізу крові. Час від часу лікар може змінювати дозу препарату та тривалість курсу лікування. Відомо, що однією із побічних дій «Диклофенаку» є ймовірний розвиток клініко-гематологічного синдрому-агранулоцитозу, розлади травного тракту, навіть виразкові.

Пацієнтка до лікаря-стоматолога не зверталася з причини неподоланного страху. Гігієну порожнини рота перестала проводити через різкий біль в порожнині рота, лікування зубів не проводилося протягом останніх 5 років. Дома проводила полоскання відварами ромашки, шавлії. Але покращення не було. З початком бойових дій відмічає наявність постійного стресу, психоемоційної напруги, порушення режиму та збалансованості харчування.

Об'єктивно: загальний стан не порушений. Шкіра жирного типу, надмірно зволожена. Регіонарні лімфовузли не збільшені.

Під час інтраорального обстеження було виявлено: галітоз, незадовільну гігієну порожнини рота (ГІ=3.0), гінгівальний індекс складав 28% (гінгівіт середнього ступеня), патологічна стертість зубів, каріозні ураження зубів та ускладнення карієсу (хронічний пульпіт, періодонтит). На слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) множинні дифузні ділянки почервоніння та набряку, на тлі яких визначаються різко болісні дефекти слизової у вигляді ерозій до 0,5 см в діаметрі та виразок до 1,5см в діаметрі, які вкриті некротичними плівками, що важко знімаються, обкладеність спинки язика.

На підставі клінічного обстеження та результатів додаткових методів обстеження (аналізу крові клінічного, цитологічного дослідження матеріалу з уражених ділянок),

консультації ревматолога, алерголога, імунолога, було встановлено діагноз: медикаментозно-індукований агранулоцитоз.

Принцип лікування перш за все базується на швидкій елімінації лікарського засобу та стимулювання лейкоцитарного паростка.

Ревматологом проведено корегування лікування ревматизму. Всередену було призначено: антигістамінний препарат-Цитерізин по 1 таб. 2 рази на добу, Ентеросгель з метою детоксуючої дії-3 рази на добу та Пентоксил по 200 мг 3 рази на добу впродовж 20 діб (стимулює синтез нуклеінових кислот, лейкопоез, антитілоутворення, фагоцитоз. Прискорює процеси клітинної регенерації, сприяє заживленню ерозій чи виразок, володіє протизапальною дією).

Місцеве лікування уражених ділянок СОПР включало проведення щадної професійної гігієни порожнини рота з антисептичною обробкою 0,5% р-ом перекису водню, 0,06% р-ом хлоргексидину біглюконат, після аплікаційного знеболювання 20% гелем бензокаіну. Після цього проведене механічне видалення некротичного нальоту, аплікації кортикостероїдним препаратом у вигляді мазі.

Дано рекомендації щодо особистої гігієни порожнини рота та місцевого лікування в домашніх умовах. Призначена через три доби для контролю ефективності лікування та поступової санації порожнини рота.

Результати лікування. Через 5 діб комплексного лікування (ревматологом і стоматологом) пацієнтка відмітила покращення стану СОПР, а саме, майже повна відсутність больових відчуттів, відсутність нальоту на ділянках ураження, зменшення площі ураження слизової оболонки.

Через 10 діб лікування скарги у пацієнтки відсутні. Об'єктивне обстеження показало відсутність явищ запалення СОПР, значне зменшення площі ураження за рахунок активної епітелізаціїї елементів ураження, безболісність їх при пальпації. Позитивна ситуація в порожнині рота дозволила рекомендувати проведення лікування твердих тканин зубів, пародонту з наступним протезуванням після клінічного одужання.

Висновки. Описаний клінічний випадок вчергове підтверджує небезпеку самолікування. Призначений комплекс препаратів для місцевого та загального застосування, лікарський контроль за станом пацієнтки, усунення місцевих обтяжливих факторів, дозволило в короткі терміни отримати позитивні результати.

Варто зазначити, лікарсько-індуковані нейтропенія та агранулоцитоз зустрічаються відносно рідко, але при цьому є тяжкими та прогностично несприятливими ускладненнями фармакотерапії а опис кожного клінічного випадку, безсумнівно, має інтерес для лікарів практичної стоматології.

Література:

1. Tisdale JE, Miller DA. *Drug-induced diseases: prevention, detection, and management*. 3rd ed. Bethesda: ASHP; 2018.
2. Andersohn F, Konzen C, Garbe E. Systematic review: agranulocytosis induced by nonchemotherapy drugs. Ann Intern Med. 2007;146(9):657–65.
3. Andrès E, Mourot-Cottet R. Idiosyncratic drug-induced severe neutropenia and agranulocytosis: state of the art. In: Guenova M, Balatzenko G, eds. Hematology—Latest Research and Clinical Advances. IntechOpen; 2018. https://doi.org/10.5772/intechopen.78769
4. Andrès E, Zimmer J, Mecili M, Weitten T, Alt M, Maloisel F. Clinical presentation and management of drug-induced agranulocytosis. Expert Rev Hematol. 2011;4(2):143–51. https://doi.org/10.1586/ehm.11.12
5. Andrès E, Mourot-Cottet R, Maloisel F. Diagnosis and management of idiopathic drug-induced and severe neutropenia and agranulocytosis: What should the lung specialist know? J Lung Health Dis. 2018;1(1):31–8.
6. Maloisel F, Andrès E, Kaltenbach G, Noel E, Martin- Hunyadi C, Dufour P. Prognostic factors of hematological recovery in life-threatening nonchemotherapy drug-induced agranulocytosis. A study of 91 patients from a single center. Presse Med. 2004;33(17):1164–8. https://doi.org/10.1016/s0755-4982(04)98884-7

Гармаш О.В., Баглик Т.В, Стеблянко Л.В.

ВПЛИВ НЕГАТИВНИХ ЗОВНІШНІХ ФАКТОРІВ ОНЛАЙН НАВЧАННЯ НА СТАН ПОРОЖНИНИ РОТА ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ. РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ

Харківський національний медичний університет

Кафедра терапевтичної стоматології

м. Харків, Україна

Попри давність існування, проблема виникнення та перебігу запальних хвороб пародонта внаслідок дії зовнішніх негативних факторів залишається однією з актуальних у стоматології. Незважаючи на великий арсенал предметів та засобів гігієни порожнини рота, які використовуються, одним із основних аспектів у нормалізації догляду за ротовою порожниною та її стану, а також у профілактиці гінгівіту є звичка щоденно чистити зуби.

Розвиток захворювань різної етіології можна оцінити та попередити на доклінічній стадії чи стадії «малих» клінічних проявів, що є складовою реалізації інноваційної концепції медицини граничних станів, запропонованої харківськими науковцями [1] та першочерговою задачею для збереження здоров’я як цілої нації, так і кожної родини і конкретного

Покажчик авторів:

Баглик Т.В. 19
Бадалов Р.М. 8
Безсонов В.І. 11
Боян А.М. 11

Василенко В.М. 12
Варв'янський П.Ю. . 36
Воропаєва Л.В. 15

Гармаш О.В. 19
Гордієнко С.А. 36, 39

Діасамідзе Е.Д. 22
Діасамідзе М.Е. 24
Дюдіна І.Л. 26

Жданова Н.О. 29

Комаров Д.О. 31
Комаров О.К. 31

Кричка Н.В. 56, 58
Коваленко Г.А. 8
Крючко А.І. 15
Куліш С.А. 56, 58

Лобанов А.І. 60

Марковська І.В. 41

Михайленко Н.М. 62
Мовчан О.В. . 26, 33

Олейнічук В.В. 35

Перешивайлова І.О. 26, 33, 43
Погоріла А.В. 58

Російський П.В. 36, 39
Рекова Л.П. 46

Савєльєва Н.М. 41, 43
Сіверчук Д.В. 60
Сідорова О.В. 56, 60
Соколова І.І. 41
Стеблянко Л.В. 19
Стоян О.Ю. 43
Сторожева М.В. 46

Таравнех Ш.Д. 39
Томілін В.Г. 26, 33, 48
Томіліна Т.В. 15, 41, 48

Худякова М.Б. 51

Шелест М.Є. 54
Шемяков В.О. 22

Янішен І.В. 56, 58, 60
Ярославська Ю.Ю. 62