

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)

21 травня 2020 року

ЗАЛА «БОДРУМ», 1 поверх

СЕКЦІЯ

«ДІАЛОГ ЛІКАРЯ ПЕРВИНКИ ТА ВУЗЬКОГО СПЕЦІАЛІСТА»

10.00 - 10.15 ВІДКРИТТЯ

**Панельна науково-освітня дискусія:
МОДЕРНІЗАЦІЯ ОСВІТИ**

Експерти:

Поканевич О.В., Івнєв Б.Б., Доан С.І., Копчак О.О.,
Копчак О.В., Коновалова О.Ю., Білоусова І.В.,
Козлов В.В. (клініка «Гармонія здоров'я»),
Шиянова С.В. (клініка «Ісіда»)

Виступи експертів про зміни в законодавчих документах, кращі практики підготовки фахівців на до- та післядипломному рівнях, пропозиції щодо удосконалення освітніх програм та ін.

Модератори:

д.мед.н., професор Доан Світлана Іванівна

*проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти, професор кафедри громадського здоров'я
ПВНЗ «Київський медичний університет»*

д.мед.н. Речкіна Олена Олександрівна

*завідувач відділення дитячої пульмонології та алергології
Національного інституту фтизіатрії і пульмонології
імені Ф.Г. Яновського*

10.15 - 10.45 КОРОНАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ. ПРОСТО ПРО СКЛАДНЕ

д.мед.н., професор Доан Світлана Іванівна

*проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти, професор кафедри громадського здоров'я
ПВНЗ «Київський медичний університет»*

**10.45 - 11.35 МАЙСТЕР-КУРС ДЛЯ СПЕЦІАЛІСТІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ
«ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.
АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ»**

д.мед.н., професор Величко Валентина Іванівна

завідувач кафедри сімейної медицини та загальної
практики, Одеський національний медичний університет

11.35 - 11.45 Q&A Запитання - відповіді

**МАЙСТЕР-КУРС ДЛЯ СПЕЦІАЛІСТІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ
«БРОНХІАЛЬНА АСТМА: ДІАГНОСТИКА І МЕНЕДЖМЕНТ.
ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ»**

Модератор:

д.мед.н. Речкіна Олена Олександрівна

завідувач відділення дитячої пульмонології та алергології
Національного інституту фтизіатрії і пульмонології
імені Ф.Г. Яновського

11.45 - 12.25 МІФИ ТА РЕАЛІЇ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ

д.мед.н. Речкіна Олена Олександрівна

завідувач відділення дитячої пульмонології та алергології
Національного інституту фтизіатрії і пульмонології
імені Ф.Г. Яновського

**12.25 - 13.00 МАЙСТЕР-КЛАС «СПІРОМЕТРІЯ, ЯК ІНСТРУМЕНТ
ЕФЕКТИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ БА, ІНТЕРПРЕТАЦІЯ
РЕЗУЛЬТАТІВ, РОЗБІР ПОМИЛОК»**

к.мед.н, доцент Руденко Сергій Миколайович

науковий співробітник відділення алергології та
пульмонології Національного інституту фтизіатрії і
пульмонології імені Ф. Г. Яновського

13.00 - 13.15 Q&A Запитання - відповіді

**13.15 - 13.45 АЛЕРГІЧНІ КОН'ЮНКТИВИТИ. ЩО НЕОБХІДНО ЗНАТИ
ЛІКАРЮ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ**

д.мед.н., професор Веселовська Наталія Миколаївна

кафедра хірургічних хвороб № 2 КМУ, директор Київського
міського офтальмологічного центру

13.45 - 14.00 Q&A Запитання - відповіді

- 14.00 - 15.15 **САТЕЛІТНИЙ СИМПОЗІУМ КОМПАНІЇ «ЕГІС»
«ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПСИХІЧНИМИ
РОЗЛАДАМИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ»**
д.мед.н., професор Коростій Володимир Іванович
кафедри психіатрії, наркології та медичної психології
Харківського національного медичного університету
- 15.15 - 15.30 **Q&A Запитання - відповіді**
- 15.30 - 15.55 **ГОЛОВНИЙ БІЛЬ, ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ
ДІАГНОСТИКИ**
д.мед.н., с.н.с. Копчак Оксана Олегівна
завідувач кафедри неврології, психіатрії, рефлекс- та
мануальної терапії, ЛФК та спортивної медицини,
ПВНЗ «Київський медичний університет»
- 15.55 - 16.25 **ПРИХОВАНІ ТА НАЯВНІ ПРОЯВИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ
АНЕМІЇ В ЩОДЕННІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ**
к.мед.н. с.н.с. Лиманська Аліса Юрївна
провідний науковий співробітник відділу акушерських
проблем екстрагенітальної патології ДУ «ІПАГ імені
академіка О.М. Лук'янової НАМН України», доцент кафедри
внутрішніх хвороб № 2 НМУ імені О.О. Богомольця
- 16.25 - 17.05 **ОБСТЕЖЕННЯ ПОДРУЖЖЯ ПРИ РЕПРОДУКТИВНИХ
РОЗЛАДАХ – ЯК ЗВЕСТИ ПОЧАТКОВИЙ СКРИНІНГ ДО
РОЗУМНОГО МІНІМУМУ**
к.мед.н., доцент Шиянова Світлана Володимирівна
лікар вищої категорії,
керівник служби «Репродуктологія» МЦ «Ісіда-IVF»
- 17.05 - 17.15 **Q&A Запитання - відповіді**
- 17.15 - 17.45 **СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО
ЛІКАРЯ**
к.мед.н., доцент Козлов Вадим Владиславович
андролог-уролог, керівник Клініки доктора Козлова,
головний лікар клініки «Гармонія здоров'я»
- 17.45 - 18.15 **АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ: ПОГЛЯД
БАКТЕРІОЛОГА**
Ганна Вишнякова
- 18.15 - 18.30 **Q&A Запитання - відповіді**

21 травня 2020 року

ЗАЛА «Н», 1 поверх

СЕКЦІЯ «СТОМАТОЛОГІЯ»

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ СИМПОЗІУМ
«ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ В СУЧАСНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ»
ПРИСВЯЧЕНИЙ 25-РІЧЧЮ СТВОРЕННЯ КАФЕДРИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ
СТОМАТОЛОГІЇ ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ТА ПАМ'ЯТІ Д.МЕД.Н., ПРОФЕСОРА А.М. ПОЛІТУН**

- 09.00 - 09.30 ВІДКРИТТЯ СИМПОЗІУМУ
ВІТАЛЬНЕ СЛОВО**
*президента Поканевича О.В. і ректора Івнєва Б.Б.
ПВНЗ «Київський медичний університет»
президента Мазур І.П. ГО «Асоціація стоматологів України»
президента Білоклицької Г.Ф. ВГО «Асоціація лікарів-
пародонтологів України»*
Модератор: д.мед.н, доцент Копчак О.В.
- 09.30 - 09.45 ТВОРЧИЙ ШЛЯХ ВИДАТНОГО ВЧЕНОГО ВІТЧИЗНЯНОЇ
СТОМАТОЛОГІЇ Д.МЕД.Н, ПРОФЕСОРА ПОЛІТУН А.М.**
*Дорошенко Світлана, д.мед.н., професор завідувач кафедри
ортопедичної стоматології та ортодонції,
Копчак Оксана, д.мед.н., доцент, завідувач кафедри
терапевтичної стоматології
Тимченко Ірина, к.мед.н., доцент, декан стоматологічного
факультету
ПВНЗ «КМУ», Київ, Україна
Печковський Костянтин, к.мед.н., асистент кафедри
терапевтичної стоматології
«НМУ» імені О.О Богомольця, Київ, Україна*
- 09.45 - 10.00 СТРУКТУРНО-БІОХІМІЧНЕ ТА ІМУНОЛОГІЧНЕ
ОБГРУНТУВАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ МЕХАНІЗМІВ
РОЗВИТКУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**
*Борисенко Анатолій, д.мед.н., професор, завідувач кафедри
терапевтичної стоматології
Коленко Юлія, д.мед.н., професор кафедри терапевтичної
стоматології
«НМУ» імені О.О Богомольця, Київ, Україна*

- 10.00 - 10.15 ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ У ВИНИКНЕННІ НЕКАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ЗУБІВ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ**
Білоклицька Галина, д.мед.н., професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології
Горголь Костянтин, аспірант кафедри терапевтичної стоматології
Турянська Наталія, аспірант кафедри терапевтичної стоматології
«НМАПО» імені П.Л. Шупика, Київ, Україна
- 10.15 - 10.30 ВПЛИВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ЗДОРОВ'Я ПОРОЖНИНИ РОТА**
Мазур Ірина, д.мед.н., професор, Президент ГО «Асоціація стоматологів України»
«НМАПО» імені П.Л. Шупика, Київ, Україна
- 10.30 - 10.45 ГЕНЕРАЛІЗОВАНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА ТА ПОЄДНАНА ЕНДОКРИННА ПАТОЛОГІЯ: КОМОРБІДНІСТЬ ЧИ АСОЦІЙОВАНІСТЬ?**
Антоненко Марина, д.мед.н., професор, завідувач кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти
«НМУ» імені О.О Богомольця, Київ, Україна
- 10.45 - 11.00 МЕДИКАМЕНТОЗНИЙ СУПРОВІД ДЕНТАЛЬНОЇ ТРАВМИ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ: ЗАГАЛЬНЕ ТА МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ**
Савичук Олександр, д.мед.н., професор, завідувач кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань
Чегертма Емір, лікар-інтерн кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань
«НМУ» імені О.О Богомольця, Київ, Україна
- 11.00 - 11.15 СТОМАТОЛОГІЧНІ МАТЕРІАЛИ І ЗАСОБИ В ДИТЯЧІЙ КАРІЄСОЛОГІЇ: ЕВОЛЮЦІЯ КОНЦЕПЦІЙ**
Біденко Наталія, д.мед.н., професор кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань
«НМУ» імені О.О Богомольця, Київ, Україна

11.15 - 11.30 ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ СУДИННИХ НОВОУТВОРЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ

Яковенко Людмила, д.мед.н., професор., завідуючий кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

Кисельова Наталія, к.мед.н., доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку «НМУ» імені О.О Богомольця, Київ, Україна

11.30 - 11.45 НОВІ ПОГЛЯДИ НА ПРОФІЛАКТИКУ КАРІЕСУ І ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ

Трубка Ірина, д. мед.н., доцент, завідувач кафедри стоматології дитячого віку

«НМАПО» імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

11.45 - 12.00 РОЛЬ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ В ПРОФІЛАКТИЦІ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Коленко Юлія, д.мед.н., професор кафедри терапевтичної стоматології

Линовицька Олеся, д.мед.н, професор кафедри терапевтичної стоматології

«НМУ» імені О.О Богомольця, Київ, Україна

12.00 - 12.15 ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНЕТИЧНИХ ПОЛІМОРФІЗМІВ *esr1* [rs 2234693], *il-1b* [rs1143627], *rankl* [rs9594738] ТА [rs9594759] ЯК МАРКЕРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СХИЛЬНОСТІ ДО ЗАПАЛЬНОГО АБО ДИСТРОФІЧНОГО ВАРІАНТІВ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБ ПАРОДОНТА У ОСІБ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ МАКРОСОМАМИ

Рябокоть Євген, д.мед.н, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології

Гармаш Ольга, к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології

«Харківський національний медичний університет» Харків, Україна

- 12.15 - 12.30 ЧИ ПОТРІБЕН ФАЛЬЦ В ЕМАЛІ ПІД КОМПОЗИТИ В КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИНАХ І КЛАСУ?**
Лахтін Юрій, д.мед.н., професор, завідувач кафедри стоматології
Сміянов Юрій, к.мед.н., асистент кафедри стоматології
«Медичний інститут Сумського державного університету», Суми, Україна
- 12.30 - 12.45 АЛГОРИТМ ФАРМАКОЛОГІЧНОГО ТА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З ДЕНТАЛЬНОЮ ІМПЛАНТАЦІЄЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМИ ОСТЕОПАТІЯМИ**
Леоненко Павло, д.мед.н., професор кафедри ортопедичної стоматології
«НМАПО» імені П.Л. Шупика, Київ, Україна
- 12.45 - 13.00 СТАН КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ЛЮДЕЙ ЗІ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**
Лучинський Михайло, д.мед.н, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології
«Тернопільський державний медичний університет» імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна
- 13.00 - 13.15 НЕЙРОПРОТЕКТОРИ В ПРАКТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**
Шінкарук-Диковицька Марія, д.мед.н, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології
Погоріла Анна, к.мед.н., асистент кафедри терапевтичної стоматології
«Вінницький національний медичний університет» імені М. І. Пирогова, Вінниця, Україна
- 13.15 - 13.30 ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ПЕРЕВАЖАННЯМ СИМПАТИЧНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**
Батіг Віктор, к.мед.н., доцент, завідувач кафедри терапевтичної стоматології
«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

13.30 - 13.45 ЗВ'ЯЗОК ПІГМЕНТОВАНОГО ЗУБНОГО НАЛЬОТУ І СОМАТИЧНИХ ХВОРОБ

Якубова Інесса, д.мед.н., професор, завідувач кафедри дитячої терапевтичної стоматології

Пустовойт Катерина, асистент кафедри кафедри дитячої терапевтичної стоматології

ПВНЗ «КМУ», Київ, Україна

Острянюк Володимир, асистент кафедри ортодонції

«НМАПО» імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

13.45 - 14.00 РОЛЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МЕТОДІВ У ВИЗНАЧЕННІ ТАКТИКИ КУРАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ

Петрушанко Тетяна, д.мед.н., професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології

Попович Іван, к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології

«Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна

14.00 - 14.15 ЗМІНА ПАРАДИГМИ У ПІДХОДАХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ПРАКТИЦІ ХІРУРГА-СТОМАТОЛОГА

Копчак Андрій, д.мед.н., професор кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти

Чепурний Юрій, к.мед.н., доцент кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти

Павличук Тетяна, аспірант кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти

Романова Ганна, аспірант кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти

«НМУ» імені О.О Богомольця, Київ, Україна

14.15 - 14.30 НЕХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВИВИХІВ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Яковенко Людмила, д.мед.н., професор, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

Ковтун Тетяна, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

«НМУ» імені О.О Богомольця, Київ, Україна

- 14.30 - 14.45 ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОМОДУЛЯТОРА В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА**
Азаров Олексій, к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології
ПВНЗ «КМУ», Київ, Україна
- 14.45 - 15.00 ОСОБЛИВОСТІ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**
Германчук Сергій, к.мед.н., доцент кафедри ортопедичної стоматології і ортодонтії
ПВНЗ «КМУ», Київ, Україна
Біда Віталій, д.мед.н., професор, завідувач кафедри ортопедичної стоматології
«НМАПО» імені П.Л.Шупика, Київ, Україна
- 15.00 - 15.15 КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВИБОРУ ЦЕМЕНТНОЇ ЧИ ГВИНТОВОЇ ФІКСАЦІЇ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ З ОПОРОЮ НА ДЕНТАЛЬНІ ІМПЛАНТИ**
Дорошенко Світлана, д.мед.н., професор завідувач кафедри ортопедичної стоматології та ортодонтії
Філіппенкова Лариса, к.мед.н., доцент кафедри ортопедичної стоматології і ортодонтії
ПВНЗ «КМУ», Київ, Україна
- 15.15 - 15.30 ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ У ВАГІТНИХ НА ТЛІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**
Новицька Ірина, д. мед.н., завідувач лабораторії розробки та досліджень засобів гігієни ротової порожнини
Горбатовська Наталія, аспірант інституту стоматології та щелепно-лицевої хірургії
«Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України», Одеса, Україна

15.30 - 15.45 ЗАСТОСУВАННЯ ГІОМЕРІВ У ПОВСЯКДЕННІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Копчак Оксана, д.мед.н., доцент, завідувач кафедри терапевтичної стоматології

Черняк Світлана, асистент кафедри терапевтичної стоматології

Забродіна Євгенія, асистент кафедри терапевтичної стоматології

Дмитрашко В'ячеслав, лікар-інтерн кафедри терапевтичної стоматології

ПВНЗ «КМУ», Київ, Україна

Модератор: д.мед.н, доцент Копчак О.В.

15.45 - 16.15 AN INTEGRATED APPROACH TO DENTAL ESTHETIC RESTORATIONS – THE GIOMER FAMILY OF RESTORATIVE MATERIALS / ІНТЕГРОВАНІЙ ПІДХІД ДО СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЕСТЕТИЧНИХ РЕСТАВРАЦІЙ – ГІОМЕР. НОВЕ ПОКОЛІННЯ РЕСТАВРАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ

Космас Толідіс, д.мед.н., професор кафедри терапевтичної стоматології, завідувач відділу стоматологічної патології і терапії, координатор аспірантури за програмою терапевтичної стоматології та естетичних реставрацій, директор клініки «Dental Clinical Applications»

«Університет Аристотеля», Салоніки, Греція

16.15 - 16.45 МАЛОІНВАЗИВНІ ЕСТЕТИЧНІ РЕСТАВРАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ІННОВАЦІЙНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ GIOMER
Світлана Гранько

к.м.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології

Білоруська медична академія післядипломної освіти», Мінськ, Республіка Білорусь

16.45 - 17.00 МІНЕРОЛ В БІОРЕГУЛЮЮЧІЙ ТЕРАПІЇ

Борисенко Людмила, завідувач кафедри дієтології Європейського Інституту природничо-наукових досліджень і дистанційного навчання

«Європейська Академія природних наук», Дрезден, Німеччина

17.00 - 18.15 **МАЙСТЕР-КЛАС**

ЕНДОДОНТІЯ В СТИЛІ IQ. ПЕРВИННЕ ЛІКУВАННЯ

*Денисенко Марина, к.мед.н., асистент кафедри стоматології
Інституту післядипломної освіти
«НМУ» імені О.О Богомольця, «Dentsply Sirona», Київ, Україна*

СТЕНДОВІ ДОПОВІДІ:

**1. СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ОРАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ
HELICOBACTER PYLORI В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА**

*Золотухіна Олена, аспірант кафедри терапевтичної стоматології
Пиндус Тетяна, д.мед.н., доцент, завідувач кафедри дитячої
стоматології
Романова Юлія, д.мед.н., професор кафедри терапевтичної
стоматології
«Одеський національний медичний університет», Одеса, Україна
«Львівський медичний інститут», Львів, Україна*

**2. ОЦІНКА ВПЛИВУ СУКУПНОГО ПОСИЛЮЮЧОГО ЕФЕКТУ ГЕНІВ
KLK4 ТА MMR20 НА МОЖЛИВІСТЬ ВИНИКНЕННЯ ЕРОЗІЙ ЗУБІВ НА
ТЛІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

*Білоклицька Галина, д.мед.н., професор кафедри терапевтичної
стоматології
Турянська Наталія аспірант кафедри терапевтичної стоматології
«НМАПО» імені П.Л.Шупика, Київ, Україна*

**3. ВИЗНАЧЕННЯ МОЖЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА
ENAM В ОСІБ З ГІПЕРЕСТЕЗІЄЮ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ НА ТЛІ
ГІПО- ГІПЕРТИРЕОЗУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Білоклицька Галина, д.мед.н., професор кафедри терапевтичної
стоматології
Ковальова Марина, аспірант кафедри терапевтичної стоматології
«НМАПО» імені П.Л.Шупика, Київ, Україна*

**4. АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ І ВИЯВЛЕННЯ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ ЇХ РОЗВИТКУ
ТА ПРОГРЕСУВАННЯ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

*Копчак Оксана, д.мед.н., доцент, завідувач кафедри терапевтичної
стоматології
Черняк Світлана, асистент кафедри терапевтичної стоматології
ПВНЗ «КМУ», Київ, Україна*

22 травня 2020 року

УКРАЇНСЬКА АКАДЕМІЯ ПЕДІАТРІЇ 2020

СЕКЦІЯ

«EVIDANCE BASED ПЕДІАТРІЯ: «МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ»

11.00 - 11.15 ВІТАННЯ

*д.мед.н., професор Леонід Дубей,
д.мед.н., професор Арунас Валиуліс,
д.мед.н., професор Світлана Доан*

**БРОНХІАЛЬНА АСТМА: ДІАГНОСТИКА І МЕНЕДЖМЕНТ.
ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ»**

Модератор:

д.мед.н. Олена Речкіна

*завідувач відділення дитячої пульмонології та алергології
Національного інституту фтизіатрії і пульмонології
імені Ф.Г. Яновського*

**11.15 - 12.00 ЧОМУ ПРАВИЛЬНО ПОСТАВЛЕНИЙ ДІАГНОЗ «АСТМА» Є
КЛЮЧОМ ДО УСПІХУ?**

д.мед.н., професор Арунас Віліуліс

*медичний факультет Вільнюського університету, Інститут
клінічної медицини,*

*Голова Українсько-Литовської громадської ради медичних
реформ,*

*Член правління Європейської Академії Педіатрії (EAP/
UEMS-SP),*

президент Литовського товариства дитячих пульмонологів,

віце-президент Литовського педіатричного товариства

*Голова Національної консультативної групи по імунізації і
імунопрофілактики МОЗ Литви*

*Почесний член Королівського коледжу педіатрії та дитячого
здоров'я в Лондоні, Великобританія*

- 12.00 - 12.40 **НЕБУЛАЙЗЕРНА ТЕРАПІЯ: ЗАСТОСУВАННЯ ТА ПОМИЛКИ**
д.мед.н. Олена Речкіна
завідувач відділення дитячої пульмонології та алергології
Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені
Ф.Г. Яновського
- 12.40 - 13.00 **Q&A Запитання - відповіді**
Модератор: д.мед.н., професор Світлана Доан
- 13.00 - 13.30 **РОТАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ. ФАХОВО ПРО КЛІНІКУ,
ДІАГНОСТИКУ, ВАКЦИНАЦІЮ**
д.мед.н., професор Світлана Доан
проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної
освіти, професор кафедри громадського здоров'я
ПВНЗ «Київський медичний університет»
- 13.30 - 14.00 **НОВІ ПОГЛЯДИ НА ДИТЯЧУ НУТРИЦІОЛОГІЮ**
к.мед.н., доцент Наталія Савчак
Кафедра педіатрії і неонатології факультету післядипломної
освіти Львівського національного медичного університету
імені Данила Галицького
- 14.00 - 14.10 **ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ ПРЕДСТАВНИКА
КОМПАНІЇ НЕСТЛЕ**
- 14.10 - 14.45 **АЛГОРИТМИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЇ У
ДІТЕЙ. АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ У ДІТЕЙ**
д.мед.н., професор Тетяна Уманець
головний науковий співробітник відділення захворювань
органів дихання та респіраторних алергозів у дітей
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені
О.М.Лук'янової НАМН України»
- 14.45 - 15.15 **ВЛИВ СОНЯЧНОГО ПРОМІННЯ НА ШКІРУ ДІТЕЙ: ПОГЛЯД
ДЕРМАТОЛОГА**
Ігор Нароха
Лікар-дерматолог вищої категорії
- 15.15 - 15.40 **ЧИСТІ РУКИ – «ЗВОРОТНЯ СТОРОНА МЕДАЛІ»**
к.мед.н., доцент Інна Білоусова
завідувач кафедри дерматології,
ПВНЗ «Київський медичний університет»
- 15.40 - 15.55 **Q&A Запитання - відповіді**

15.55 - 16.25 ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ФАБРІ

Лідія Невмержицька

молодший науковий співробітник ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені Миколи Амосова»

16.25 - 16.55 ХВОРОБА ГОШЕ. ЩО НОВОГО У ПІДХОДАХ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ?

к.мед.н. Надія Гельнер

завідуюча міжобласним медико-генетичним центром Інституту спадкової патології АМН України, старший науковий співробітник, кандидат медичних наук, головний позаштатний спеціаліст Департаменту ОЗ ЛОДА з генетики медичної

16.55 - 17.25 ХВОРОБА ПОМПЕ, ЯК ПРИЧИНА М'ЯЗОВОЇ СЛАБКОСТІ У ДІТЕЙ

к.мед.н. Ірина Македонська

завідувач відділення неврології молодшого віку Дніпровської дитячої клінічної лікарні № 5

17.25 - 17.55 РАННЯ ДІАГНОСТИКА МПС І ЯК ЗАПОРУКА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Наталія Самоненко

Лікар педіатр Центру орфанних захворювань НДСЛ «ОХМАТДИТ»

17.55 - 18.10 Q&A Запитання - відповіді

18.10 - 18.40 СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЛІМФАДЕНІТІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ

к.м.н., доцент Ірина Чехова

кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О.Богомольця

к.м.н., доцент Владислав Єфименко

кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О.Богомольця

18.40 - 18.50 Q&A Запитання - відповіді

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ПЕРЕВАЖАННЯМ СИМПАТИЧНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Батір В.М.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Актуальність. Підвищення якості ендодонтичного лікування періодонтитів, особливо гострих і загострених, є актуальною проблемою терапевтичної стоматології. Актуальним є розробка методів лікування захворювань з урахуванням стану вегетативної нервової системи пацієнта.

Мета: визначення ефективності застосування медикаментозного лікування з урахуванням стану вегетативної нервової системи, зокрема з переважанням симпатичної нервової системи у пацієнтів із загостреним хронічним періодонтитом та ендодонтичного лікування зубів з II ступенем загостреного перебігу генералізованого пародонтиту.

Матеріал і методи. Для даного клінічного дослідження було відібрано 30 хворих із загостреним перебігом генералізованого пародонтиту II ступеня та наявністю періодонтально-пародонтальних уражень (загострений хронічний періодонтит) з переважанням симпатичної нервової системи – основна група. Для нормалізації стану вегетативної нервової системи хворих основної групи була розроблена схема медикаментозної підготовки пацієнтів (Патент на корисну модель № 114198). У основній групі пацієнтів з переважанням симпатичного відділу вегетативної нервової системи було проведено лікування 20 зубів із загостреним перебігом II ступеня генералізованого пародонтиту та 10 зубів з наявністю періодонтально-пародонтального ураження (тобто зубів із ознаками загостреного хронічного пародонтиту на фоні загостреного перебігу генералізованого пародонтиту). Групу порівняння склали 20 пацієнтів з переважанням симпатичного відділу вегетативної нервової системи, у яких було проведено ендодонтичне лікування генералізованого пародонтиту (20 зубів) та 10 зубів із загостреним хронічним періодонтитом з використанням загальноприйнятих методик лікування. Всі пацієнти були обстежені з використанням клінічних методів обстеження.

Результати та їх обговорення. Застосування запропонованої методики ендодонтичного лікування з попередньою премедикацією показало певне зменшення болювого відчуття у пацієнтів після проведеного ендодонтичного лікування. Рентгенологічно в усіх зубах було відмічене повноцінне пломбування кореневих каналів. Проведений статистичний аналіз показав більшу ефективність ендодонтичного лікування у пацієнтів основної групи, яким проводили премедикацію.

Висновки. Проведене клінічне дослідження та статистичний аналіз показує ефективність запропонованої медикаментозної премедикації при ендодонтичному лікуванні зубів у пацієнтів з переважанням симпатичного відділу вегетативної нервової системи.

ВПЛИВ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА

Кочкіна Н.С., Дементьева О.В., Кокарь О.О., Розовик Н.С.

ПВУЗ «Київський медичний університет УАНМ»

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Запорізький державний медичний університет

Актуальність теми. В останні роки спостерігається тенденція до зростання розповсюдженості захворювань пародонту. За даними літератури часткова відсутність зубів є найпоширенішою патологією зубо-щелепної системи, що впливає на стан тканин пародонта.

Мета дослідження – аналіз впливу ортопедичних конструкцій на стан тканин пародонта.

Матеріали та методи досліджень. Проведено комплексне обстеження 37 хворих на генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, які мали невеликі дефекти зубних рядів. Усім пацієнтам проводили професійну гігієну порожнини рота, використовували традиційну медикаментозну терапію. На етапі ортопедичного лікування хворі розподілені на групи: 1 гр - 17 осіб, яким проводили ортопедичне лікування за допомогою литих металевих шин (шини Ельбрехта), 2 група - 18 пацієнтам виготовлено шино-протезів, де всі складові конструкції виконані з термопластичних матеріалів литтєвим пресуванням як одне ціле. Клінічні дослідження проводили у динаміці: до протезування, через 6 та 12 місяців після протезування.

Результати дослідження та їх обговорення. Через 6 місяців після проведеного комплексного лікування у пацієнтів обох груп встановлено покращення усіх клінічних показників, однак кращі результати були в групі, де пацієнтам проводили раціональне протезування з термопластичних

матеріалів литтєвим пресуванням як одне ціле. У 16,4 % пацієнтів 1-ї групи через 6 місяців після накладання литих металевих шин спостерігалось погіршення стану гігієни ротової порожнини (до $2,91 \pm 0,04$), що може бути зумовлено жорсткою іммобілізацією рухомих зубів, яка сприяє накопиченню зубного нальоту. Через 12 місяців іммобілізація рухомих зубів забезпечила зниження показника РМА на 8,6 % у 1 групі ($34,88 \pm 1,23$) та на 14,3 % у 2 групі.

Висновки. Іммобілізація рухомих зубів у пацієнтів з ГП II ступеня хронічного перебігу за допомогою шин та шино-протезів, виготовлених за вдосконаленою нами конструкцією із термопластичного матеріалу на основі поліоксиметилєну, сприяє ліквідації запального процесу ясен та покращенню загального стану пацієнтів.

ВПЛИВ КОНСТИТУЦІЙНО-МЕТАБОЛІЧНОГО ФЕНОТИПУ НА ОСТЕОКАЛЬЦИН КРОВІ ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ, ЯКІ ПРИЙМАЮТЬ ПЕРОРАЛЬНУ ЦУКРОЗНИЖУВАЛЬНУ ТЕРАПІЮ

А. В. Ковальчук, О. В. Зінич, В.В. Корпачев, Н. М. Кушнарєва,

О. В. Прибила, К. О. Шишкань-Шишова

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМНУ»

Остеокальцин (ОК), гормон кісткової тканини, регулює метаболізм глюкози та ліпідів шляхом збільшення секреції інсуліну підшлунковою залозою та підвищення чутливості до інсуліну в периферичних тканинах. Проте недостатньо вивченими лишаються питання взаємозв'язків між рівнем ОК, як модулятора метаболічних процесів та конституційно-метаболічним фенотипом хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД 2).

Мета роботи полягала у встановленні зв'язку між вмістом ОК та гормональними змінами у хворих, які приймають пероральну цукрознижувальну терапію, з ожирінням та без нього на тлі інволютивних змін.

Методи дослідження До дослідження залучено 45 пацієнтів чоловічої статі старше 50-ти років, хворих на (ЦД 2). Пацієнти розділені на 2 групи за ІМТ. Група без ожиріння ($n=22$) з $ІМТ < 30$ кг/м² (середній вік $59,7 \pm 1,81$ років), група з ожирінням ($n=23$) $ІМТ > 30$ кг/м² (середній вік $58,9 \pm 1,42$ років, $p > 0,5$). В сироватці крові натще визначали вміст остеокальцину, проінсуліну, С-пептиду, інсуліну, тестостерону загального, тестостерон-естрадіол зв'язуючого глобуліну та обчислювали індекс вільного тестостерону. В плазмі натще визначали концентрацію глюкози. Вимірювали масу тіла та зріст за якими обчислювали індекс маси тіла. Дані виражені як середнє і стандартне відхилення ($M \pm m$). Відмінності вважалися статистично значимими при $p < 0,05$.

Результати Декомпенсація (ЦД 2) і відсутність різниці між рівнем глікованого гемоглобіну та глюкози натще встановлено у обох групах пацієнтів. У пацієнтів без ожиріння спостерігався нижчий рівень С-пептиду ($1,49 \pm 0,32$ проти $2,61 \pm 0,24$ нг/мл, $P < 0,05$) поряд із збільшеним вмістом проінсуліну ($16,74 \pm 2,39$ проти $9,81 \pm 1,82$ пмоль/л, $P < 0,05$), порівняно з пацієнтами з ожирінням. Разом з тим, різниці в показниках інсулінемії між групами не спостерігалось ($9,85 \pm 1,44$ проти $13,55 \pm 1,48$, $P > 0,05$). Крім того, концентрація ОК у пацієнтів без ожиріння вища порівняно з показниками групи з ожирінням ($3,56 \pm 0,31$ проти $2,68 \pm 0,26$ нг/мл, $P < 0,05$). Враховуючи інволютивні зміни у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу, одним із аспектів наших досліджень було визначення можливого впливу змін андрогенного забезпечення на згадувані вище особливості вуглеводного обміну. Статистично значимої різниці в рівнях загального тестостерону, тестостерон-естрадіол зв'язуючого глобуліну чи індексу вільного тестостерону між обома групами не знайдено.

Заключення У хворих на (ЦД 2) без ожиріння, спостерігається підвищення вмісту ОК, порівняно з хворими з ожирінням, що носить компенсаторний характер і може бути причиною підвищення вмісту проінсуліну. Відсутність ожиріння серед чоловіків, хворих на (ЦД 2), не підвищує показники андрогенного забезпечення на тлі інволютивних змін.

УДК 616.31-08-039.71.004.64+617.3

ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИО.В. Деньга¹, О.В. Копчак², Т.В. Колесник³, Е.В. Забродина⁴, Н.А. Кочкина⁵ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины», кафедра стоматологии детского возраста¹,
ЧВУЗ «Киевский медицинский университет», кафедра терапевтической стоматологии^{2,3,4,5}
г. Киев

Введение. Распространенность заболеваний тканей пародонта у соматически здоровых молодых людей Украины достаточно высока (25,61%).

Цель работы. Повысить эффективность лечения и профилактику генерализованных заболеваний тканей пародонта.

Методы исследования. В клинко-лабораторных исследованиях принимало участие 42 молодых человека с хроническим генерализованным катаральным гингивитом. Пациенты группы сравнения получали только базовую терапию, а пациенты основной группы дополнительно получали разработанный комплекс препаратов за схемой 2 раза в день утром и вечером.

Состояние тканей пародонта оценивали с помощью индексов РМА, Шиллера-Писарева, кровоточивости, зубного камня. Состояние гигиены полости рта оценивалось с помощью индекса Silness-Loe и Stallard. Биохимическими методами в ротовой жидкости определяли: активность каталазы, эластазы, уреазы, содержание лизоцима, малонового диальдегида, антиоксидантно-прооксидантный индекс, степень дисбиоза. В работе исследовались методом ПЦР следующие гены: IL-6, CTR, VDR, CYP1A, NAT2-2, NAT2-3.

Результаты исследований. Проведенные исследования показали высокую эффективность у 48,6% обследованных. Количество пациентов с хорошей гигиеной в полости рта за год наблюдений увеличилось в 2 раза, а содержание ключевого фермента неспецифической резистентности лизоцима возросло на 11%. По результатам оценки полиморфизма генов мы получили эффективность исследований. По гену NAT2-2 в 71,4% случаев были гетерозиготные мутации. В гене NAT-2-3 мутации из 100% – в 71,4% случаев отмечались гетерозиготные, а в 28,6% случаев полные мутации, что свидетельствует о сниженной устойчивости клеток к перекисному окислению липидов и формированию резистентности.

Выводы. Полученные результаты подтверждены достоверным снижением показателей пародонтальных, гигиенических и биохимических исследований. С целью оптимизации лечебно-профилактических мероприятий для оценки генетической склонности можно использовать не инвазивный молекулярно-генетический метод на клетках буккального эпителия.

Современная фармация предлагает использовать в стоматологии разные группы препаратов для нормализации процессов костного метаболизма, микробиоценоза в полости рта, улучшение микроциркуляции в тканях пародонта и требует индивидуального подхода.

АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І ВИЯВЛЕННЯ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ ЇХ РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

д.мед.н., доцент Копчак О.В., асистент Черняк С.Я.

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», Київ

Актуальність: на сьогоднішній день встановлено, що причиною виникнення або прогресування стоматологічних захворювань є комбінована дія несприятливих внутрішніх та зовнішніх факторів, що включають також наявність коморбідних та мультиморбідних станів у пацієнтів.

Мета дослідження: проаналізувати розповсюдженість стоматологічних захворювань і вивчити кореляційні зв'язки між наявністю стоматологічних та соматичних захворювань і комбінацією факторів ризику у осіб молодого віку.

Матеріали і методи: Для виконання поставленої мети нами було оглянуто 43 пацієнти (чоловіки - 22, жінки - 21), віком від 19 до 25 років. Стоматологічне обстеження проводили за традиційною схемою, що включало: збір анамнезу (анкетування за спеціально розробленою нами анкетой та опитування), визначення індексів КРВ, об'єктивних гігієнічних та пародонтальних індексів у модифікації Білоклицької Г.Ф. (2007). Для встановлення діагнозу використовували класифікації Данилевського М.Ф. (1994) та Федорова А.Ю. і Дрожжиної В.О. (1997). Під час обробки статистичних даних, використовували пакети прикладних програм MS Excel XP та STATISTICA 6.0.

Результати:

Серед обстежених пацієнтів було виявлено:

- високу розповсюдженість каріозних уражень (81%), у тому числі і вторинних каріозних уражень (60%), РІ-67%;
- недостатній рівень гігієни (середнє значення гігієнічного індексу GV OHIS у чоловіків – 2,3, у

жінок – 2,4) та наявність кровоточивості (42%);

- у 18 осіб (42%) генералізовані захворювання пародонту. З них у 16 (89%) – катаральний гінгівіт і у 2х (11%) – гіпертрофічний гінгівіт;
- у 11 осіб гіперестезію твердих тканин зубів. З них у 9 осіб (81%) – I ступеню, у 2 (19%) – II ступеню;
- тривалість паління у осіб до 25 років в середньому складає від 5 до 10 років. З них чоловіки (21%) палять частіше за жінок (5%);
- більше половини опитуваних (25 осіб) вживають каву. З них 12 осіб чоловічої статі (28%) і 13 жіночої статі (30%). Кількість чашок на день варіюється від 1 до 5;
- у 9 осіб захворювання шлунково-кишкового тракту (6) і захворювання щитовидної залози (3).
- встановлено, що основними чинниками, які впливали на стан стоматологічного здоров'я у осіб молодого віку були паління ($\chi^2 = 7,3$, $p < 0,001$) та надмірне вживання кави ($\chi^2 = 4,2$, $p < 0,05$).

Висновки:

1. Серед обстежених пацієнтів було виявлено високу розповсюдженість стоматологічних захворювань. На I місці – ураження зубів карієсом (81%), на II – захворювання тканин пародонту (42%), на III – некаріозні ураження (26%).

2. Вивчені кореляційні зв'язки між стоматологічними захворюваннями і палінням та надмірним вживанням кавових напоїв, мали більш високу вірогідність, ніж зв'язки між іншими факторами ризику, що є підтвердженням їх негативного впливу на стан стоматологічного здоров'я.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КАРІЄСПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАСОБІВ НА ШВИДКІСТЬ РЕМІНЕРАЛІЗАЦІЇ ЕМАЛІ ЗУБІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1-ГО ТИПУ

О. А. Удод, А. С. Куліш¹, О. В. Копчак¹

Донецький національний медичний університет, м. Лиман
ПВНЗ "Київський медичний університет", м. Київ¹

Першочерговим завданням сучасної стоматології є профілактика карієсу зубів, яку проводять засобами місцевої та загальної дії. До найбільш вживаних відносять засоби, що містять сполуки фтору, однак їх використання у соматичних хворих не завжди є обґрунтованим.

Мета: оцінка впливу місцевих карієспрофілактичних засобів з сполуками фтору та без них на швидкість ремінералізації емалі зубів у хворих на цукровий діабет 1-го типу.

Методи дослідження. Обстежено 95 хворих на цукровий діабет 1-го типу віком від 18 до 34 років. Пацієнтів розподілено на 2 групи: основну (50 осіб) та порівняння (45 осіб). В осіб основної групи місцеву карієспрофілактику проводили засобами без фтору з наногідроксиапатитом та ксилітолом з урахуванням ступеня ризику виникнення карієсу за тестом емалевої резистентності. У пацієнтів з низьким ризиком курс ремінералізуючої терапії проводили протягом 30 днів 1 раз на рік, з середнім ризиком - 2 рази, з високим ризиком - 3 рази на рік. Хворі щоденно застосовували зубну пасту і ополіскувач з наногідроксиапатитом та ксилітолом. В осіб групи порівняння у ремінералізуючій терапії використовували фторвмісні засоби, зокрема, 1,23% гель з фторидом натрію 1 раз на тиждень впродовж місяця 2 рази на рік. Пацієнти застосовували також зубні пасти та ополіскувач з фторидом натрію. Клінічну оцінку швидкості ремінералізації емалі визначали за Редіноювою Т. Л. та співавтор. (1982). Додатково визначали рН ротової рідини за допомогою лакмусової тест-смужки.

Результати. До початку карієспрофілактичних заходів у пацієнтів основної групи швидкість ремінералізації емалі становила $5,46 \pm 0,34$ дня, в осіб групи порівняння - $5,22 \pm 0,29$ дня ($p > 0,05$). Показники рН ротової рідини, відповідно, дорівнювали $6,40 \pm 0,08$ од. та $6,44 \pm 0,07$ од. ($p > 0,05$). Після застосування карієспрофілактичних засобів протягом року у хворих основної групи швидкість ремінералізації прискорилася до $3,24 \pm 0,24$ дня, в осіб групи порівняння показник також покращився до $4,26 \pm 0,24$ дня, але був достовірно ($p < 0,05$) гіршим за наведений. Показники рН ротової рідини в осіб обох груп відповідали межам фізіологічної норми - $7,23 \pm 0,04$ од. та $6,74 \pm 0,06$ од., відповідно, однак теж між собою достовірно ($p < 0,05$) відрізнялися.

Висновок. Таким чином, застосування карієспрофілактичних засобів без сполук фтору з наногідроксиапатитом та ксилітолом сприяє пришвидшенню ремінералізації емалі та нормалізації рН ротової рідини у хворих на цукровий діабет 1-го типу.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА СТАНУ ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З ГЛЮТЕНАСОЦІЙОВАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Кустрьо Т.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра стоматології ІПО
м. Київ, Україна

Актуальність. Згідно епідеміологічних досліджень останніх років генералізовані захворювання пародонта вражають близько 15.2% осіб віком 20-30 років, стрімко зростаючи до понад 75 % в групі пацієнтів 30-40 років. Взаємозв'язок захворювань пародонта та супутніх соматичних патологій, доведений численними науковими дослідженнями, особливу увагу серед яких відіграють захворювання шлунково-кишкового тракту.

Мета. Визначити структуру та особливості клінічних проявів захворювань пародонта на тлі целіакії або непереносимості глютену без целіакії.

Методи дослідження. В дослідження було включено 50 пацієнтів з наявними ураженнями пародонту на фоні глютенасоційованих захворювань віком від 18-50 р., які відповідали критеріям включення та виключення. Залежно від типу глютен залежних патологій, пацієнтів було розподілено на дві досліджувані групи: I групи склали пацієнти з целіакією (n=25), II групу - пацієнти з непереносимістю глютену без целіакії (НГБЦ) (n=25). Систематизація захворювань пародонта проводилась за класифікацію Н.Ф.Данилевського. Клінічне обстеження пацієнтів проводилося за загальноприйнятою методикою. Для оцінки стану пародонта використовували: індекс Green-Vermillion, РМА, дослідження глибини пародонтальних кишень, визначення рухомості зубів. Для оцінки стану кісткової тканини щелеп пацієнтам було проведено ортопантомографію (Planmeca), KoKT верхньої та нижньої щелепи (Planmeca). Статистична обробка отриманих показників проводилася за допомогою критерію Мана Уїтні з використанням «IBM SPSS Statistics». Статистично достовірними вважались значення, де $P \leq 0,05$.

Результати. Середній вік пацієнтів з целіакією склав $41,03 \pm 8,3$ роки, а пацієнтів з НГБЦ - $40,38 \pm 8,1$ роки. В ході дослідження виявлено, що у структурі захворювань пародонту серед пацієнтів з целіакією запальні захворювання діагностовано у 20% хворих, а дистрофічно-запальні у 80%. У пацієнтів з НГБЦ: запальні захворювання пародонту було діагностовано у 28%, а дистрофічно-запальні у 72% пацієнтів. Серед дистрофічно-запальних захворювань пародонту у пацієнтів I досліджуваної групи переважав генералізований пародонтит (ГП) II ступеню, який було виявлено у 50% пацієнтів. У пацієнтів II досліджуваної групи ГП II ступеню було виявлено у 55%. Середнє значення індексу РМА в пацієнтів I групи склав 28.92%, II - 24.88% ($P \geq 0.05$). Середня глибина кишень пацієнтів з целіакією складала 3,25 мм., а пацієнтів з НГБЦ - 2,8 мм. ($P \geq 0.05$). При визначення ступеня рухомості зубів в пацієнтів I та II групи було виявлено поодинокі випадки рухомості зубів I та II ступеня. При визначенні щільності кісткової тканини нижньої щелепи у пацієнтів I досліджуваної групи середній показник коливався в межах 1200-1300 НУ. При дослідженні даного показника у пацієнтів II досліджуваної даний показник коливався в межах 1100- 1250 НУ, що згідно даних літератури відповідає генералізованому пародонтиту середнього ступеня тяжкості. При визначенні індексу Green-Vermillion у пацієнтів обох досліджуваних груп рівень гігієни визначався, як хороший.

Висновки. При визначенні структури захворювань пародонту в обох досліджуваних групах превальовали генералізовані захворювання пародонту. Генералізовані ураження пародонту на фоні глютенасоційованих захворювань перебігають з вираженою типовою клінічною та рентгенологічною симптоматикою, проте звертає на себе увагу хороший стан гігієни порожнини рота. Достовірної різниці в клінічних проявах уражень пародонту I та II груп виявлено не було ($P \geq 0.05$). Враховуючи вищевказане існує думка, що в порожнині рота існують фактори які впливають на прогресування уражень пародонту на фоні глютенасоційованих захворювань, що потребує подальшого дослідження.

ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ФОРМУВАННЯ СКОСУ ЕМАЛЕВОГО КРАЮ В КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИНАХ І КЛАСУ ПІД КОМПОЗИЦІЙНІ МАТЕРІАЛИ

Ю.В. Лахтін, Ю.В. Сміянов

Сумський державний університет, м. Суми

На сучасному етапі в практичній стоматології існують різні підходи до філософії препарування каріозних порожнин. Особливо це стосується формування краю каріозних порожнин, оскільки підходи до цього питання суперечливі як серед вітчизняних, так і серед зарубіжних фахівців.

Метою дослідження було вивчення маргінальної адаптації і щільності прилягання композиційних реставрацій в каріозних порожнини І класу з різним формуванням їх краю (без скосу, з внутрішнім і зовнішнім скосом).

Методи. Дослідження крайової проникності реставрацій проводили на видалених інтактних молярах на підставі теста мікропідтікання фарбника. Щільність прилягання матеріала до емалевого краю вивчали за допомогою растрового електронного мікроскопа.

Результати. В каріозних порожнинах, сформованих без скоса емалевого краю проникність барвника складала $0,73 \pm 0,15$, з внутрішнім скосом - $1,4 \pm 0,25$, з зовнішнім - $0,20 \pm 0,11$ бали. Тобто, крайова проникність реставрацій в порожнинах, сформованих з зовнішнім скосом, в 3,7 рази менша за порожнини без скосу ($p=0,025$) і в 7 – з внутрішнім скосом ($p=0,001$).

Щільність прилягання реставраційного матеріалу до емалі у зразків без скосу емалі на всьому протязі було різним: місцями щільне, іноді визначали простір в зоні контакту між адгезивним шаром і емаллю розміром $7,9 \pm 0,73$ мкм. В зразках з зовнішнім скосом матеріал рівномірно контактував з прошарком адгезиву, прилягання якого до емалевого краю було щільним майже на всьому протязі. Але в окремих ділянках відзначалося порушення контакту емалі з адгезивним шаром, були щілини розміром $2,76 \pm 0,52$ мкм. В зразках з внутрішнім скосом прилягання матеріалу до емалі каріозної порожнини не було щільним майже на всьому протязі, він мав рівномірний контакт з адгезивом. В той же час, між адгезивом і емаллю зазначалося порушення контакту у вигляді щілин розміром $16,50 \pm 0,89$ мкм.

Висновок. Маргінальна адаптація реставрацій і їх щільність прилягання до емалевого краю найбільш якісна в каріозних порожнинах І класу, сформованих з зовнішнім скосом емалевого краю.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ З УРАХУВАННЯМ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ УРАЖЕНЬ ПАРОДОНТА

Д.Д. Майбородіна – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м.Київ

Вступ. Дослідження останніх десятиліть відмічають, що у молодих осіб з ожирінням, хворих на генералізований пародонтит, виявляються відхилення в білковому, жировому та вуглеводному обмінах, що сприяє ранньому руйнуванню комплексу тканин пародонта та швидкій втраті зубів. У дослідженнях харчової поведінки, яка значною мірою обумовлює формування морбідного ожиріння, часто використовується голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) для виявлення обмежувального, емоційного і екстернального типів харчової поведінки.

Мета дослідження – оцінити якість життя в ситуаційному аналізі факторів ризику генералізованих захворювань пародонта у молодих осіб із ожирінням при розладах харчової поведінки.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 90 осіб з діагнозом ожиріння у віці від 19 до 35 років, з яких 60 осіб з генералізованим пародонтитом початкового-І ступеню та 30 осіб з генералізованим хронічним катаральним гінгівітом. Для оцінки стану пародонта використовували стандартні клініко-рентгенологічні методи обстеження та оцінки гігієни порожнини рота.

Для виявлення типів розладів харчової поведінки застосовували методіку вивчення харчової поведінки DEBQ, яка спрямована на виявлення обмежувального, емоційного і екстернального типів харчової поведінки. Якість життя пацієнтів з ожирінням оцінювали за анкетой Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI).

Результати та їх обговорення. У 75,3% хворих з ожирінням показники якості життя за анкетой GIQLI виявилися нижчими, ніж в контрольній групі (12,5%).

Аналіз отриманих даних показав, що розлади харчової поведінки зустрічалися як при ожирінні (90,6% випадків) так і в групі контролю (62,5% випадків). Виявлення розладів харчової поведінки в контрольній групі осіб з нормальною вагою свідчить про ризик виникнення в майбутньому клінічних форм у вигляді надмірної ваги і ожиріння.

Серед осіб з розладами харчової поведінки обмежувальну харчову поведінку спостерігали у

31,6% (19 осіб) при ожирінні ($p=0,05$), у 28,1% (9 осіб) в групі контролю.

Емоційогенна харчова поведінка при ожирінні зустрічалася у 41,6% (25 осіб) ($p=0,05$). Емоційогенна харчова поведінка спостерігалася також і в контрольній групі - у 12,5% (4 людини).

Екстернальна харчова поведінка зустрічалася при ожирінні у 48,3% (29 осіб) ($p=0,05$). Висока частота даного порушення свідчить про залежність пацієнта від зовнішніх факторів і обставин, а не від внутрішнього гомеостазу в організмі. У контрольній групі екстернальна харчова поведінка зустрічалася у 37,5% (12 осіб).

Висновки. Встановлено, що у пацієнтів з ожирінням розлади харчової поведінки виявлялися значно частіше, ніж в контрольній групі, що можна розглядати як передумови щодо формування захворювання, а також як фактори, що обтяжують клініку і прогноз. Отримані дані необхідні враховувати при проведенні реабілітаційних заходів у осіб молодого віку хворих на ожиріння.

ДІЯ РЕГЕНЕРАТИВНИХ РЕЧОВИН НА ПЕРІОДОНТ ПРИ СПОНТАННОМУ ПАРОДОНТИТІ У ЩУРІВ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ).

Копчак О.В., Марченко Н.С., Савосько С.І.¹, Янішевська Я.В.

ПВНЗ «Київський медичний університет», Київ

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета. Дослідити зміни тканин пародонту у щурів з спонтанним пародонтитом (spontaneous periodontitis, SP) і оцінити вплив гіалуронової кислоти (ГК) різних молекулярних мас (1,0MDa і 2,4MDa) на стан пародонту.

Матеріали та методи. Досліджено різці нижньої щелепи щурів-самців лінії Wistar з ознаками SP. Критерієм включення лабораторних тварин у дослідження були візуальними прояви гіперемії ясен навколо різців. Дослідним тваринам вводили 0,05 мл ГК в ділянці альвеолярного відростку центральних різців 1 раз на тиждень, 3 рази, а на 4 тиждень після останнього введення проводили гістологічні дослідження. Досліджували вплив 3-х форм ГК: «G-1,0» (1,0MDa); «S-2,4» (2,4MDa); ГК з манітолом «ST-2,4+M» (2,4MDa). Мікропрепарати сагітальних зрізів нижньої щелепи досліджували на мікроскопі Olympus BX51. Оцінку структурних змін проведено напівкількісним методом за Nakahara Y. і співавт. (2014).

Результати досліджень. У періодонті інтактних тварин та тварин з SP колагенові волокна кластерами радіально поєднували цемент кореня зуба з альвеолярною кісткою, формуючи періодонтальну зв'язку (PDL). Контур альвеолярної кістки, до якого приєднується PDL, регулярний і тільки фокально мав канали, крізь які проникають судини (Volkman's canals).

У всіх групах щурів з SP виявлено інфільтрацію нейтрофілів і менше еозинофілів у сполучній тканині ясен, рідше маргінальному періодонті, без формування абсцесів. Доказом структурних порушень пародонту при SP, асоційованих з запаленням, були кровонаповнення і стаз судин PDL, без значного пошкодження колагенових волокон PDL. Встановлено, що зміни мікроциркуляції у PDL не обмежувалися маргінальним і апікальним періодонтом, а прогресували до пульпи і сосочків зуба.

Введення 1% і 2% розчину ГК з молекулярною масою 1,0MDa і 2,4MDa не викликало змін кровоносних мікросудин PDL та пульпи, а зміни оцінено як помірні.

Висновок. Локальне введення ГК «G-1,0», «S-2,4» і «ST-2,4+M» не позначилось на зміні мікросудинної системи PDL, але і не викликало токсичної дії ГК або запалення після 3-х ін'єкцій на моделі SP у щурів. Перспективним є подальші дослідження деградації високомолекулярної ГК та її вплив на тканини пародонту при захворюваннях тканин пародонту.

НАДМІРНА ВАГА ТІЛА ЛЮДИНИ, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ, ВПЛИВАЮЧИЙ НА РОЗВИТОК ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ

Д. м. н. проф. Куцевляк В. Ф., д. м. н. Місюра Є. В., ас. Ніконова Г. Ф.

ХМАПО кафедра стоматології та терапевтичної стоматології.

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського

НАМН України». м. Харків.

Актуальність: ожиріння є одним з найпоширенішим хронічним захворюванням у світі. Згідно сучасних даних кожний четвертий мешканець планети має ту або іншу ступінь ожиріння або зайву вагу тіла (Л. А. Ермолаєва з співавторами 2014 р.; D. B. Allison 2017 р.). Сучасні літературні дані свідчать про те, що існує етіопатогенетичний взаємозв'язок між ожирінням і захворюваннями пародонту (Л. А. Ермолаєва з співавторами 2017 р.).

Мета: встановити взаємозв'язок у з'ясуванні ролі надмірної ваги людини у етіології і

патогенезі захворювань пародонту.

Методи дослідження. У центрі зайвої ваги, сумісно з консультантом-ендокринологом було оглянуто 56 осіб, які звернулись з метою лікування надмірної ваги, у віці від 17-56 років. Обстеження проводили за загальноприйнятою схемою для пацієнтів з патологією пародонту, а також всебічне обстеження з приводу зайвої ваги, в тому числі індекс маси тіла (ІМТ).

Результати: серед оглянутих 13 осіб з індексом маси тіла від 26-55 не мають захворювань пародонту з них усі жінки у віці від 17 до 40 років, що склало 23%, у 43 пацієнтів була виявлена патологія пародонту, що склало 77%. З встановленим діагнозом хронічний катаральний гінгівіт легка форма перебігу - 9 осіб з індексом маси тіла від 30-43, віком від 17 до 45 років, з них 2 чоловіків. З діагнозом хронічний катаральний гінгівіт середня форма перебігу - 4 людини з індексом маси тіла від 27-44, віком від 38 до 50 років, серед них 2 чоловіка. З встановленим діагнозом хронічний генералізований пародонтит другого ступеня перебігу - 12 осіб, з індексом маси тіла від 28-49, віком від 38 до 45 років, з них 2 чоловіка. С діагнозом хронічний генералізований пародонтит третього ступеня перебігу - 18 осіб, з індексом маси тіла від 33-50, віком від 40 до 56 років, з них 8 чоловіків. Усі пацієнти пов'язують погіршення стану ясен і пародонту з тривалістю зайвої ваги і її збільшенням.

Висновок: на підставі клінічних досліджень і аналізу літературних даних можливо припустити етіопатогенетичний взаємозв'язок між ожирінням і захворюваннями пародонту, що визначає необхідність подальшого вивчення цього питання і розробки комплексного підходу в лікуванні, профілактики захворювань пародонту у пацієнтів з ожирінням.

НЕЙРОПРОТЕКТОРИ В ПРАКТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

М.М. Шінкарук-Диковицька, А. В. Погоріла

Вінницький національний медичний університет ім.. М. І. Пирогова,
кафедра терапевтичної стоматології, м. Вінниця

Станом на сьогоднішній день – 78% населення України потребує лікування ускладнених форм карієсу [1]. Якість ендодонтичного лікування в Україні гірша ніж якість лікування різних форм карієсу [2]. Згідно даних рентгенологічних обстежень: незадовільне пломбування однокорневих зубів – 51%, а багатокорневих зубів – 86,57% [3]. Найчастіші помилки та ускладнення ендодонтичного лікування є: неповна та неоднорідна obturaція корневих каналів – 43,6%; виведення пломбувального матеріалу 25,8%; невиявлені кореневі канали – 13,8%; перфорації в коронковій ділянці – 4,9%; перфорації в ділянці кореня зуба – 6,4%; облямування едоінструментів – 5,5%. В межах безпосереднього контакту пломбувального матеріалу з нижнім альвеолярним нервом відбувається некроз останнього [4].

Мета. Використовуючи імуноферментний метод, дослідити нейропротективний вплив ряду препаратів при ятрогенному компресійно-токсичному ураженні нижнього альвеолярного нерва в експерименті.

Методи дослідження. Експериментальне дослідження проведено на 154 кролях породи Шиншила. Діагностика нейромаркерної активності титрів нейрон-специфічної енолази та білка S100 була проведена за допомогою методу твердофазного імунофлуоресцентного аналізу з використанням набору ELISA KIT (DAI, США) на приладі фірми "Hirson" (Чехія). Для дослідження токсичної дії пломбувальних матеріалів обрали пасту на основі резорцин-формаліну та епоксидний амінополімер. Препаратами дослідження є церебролизин (2мл/кг), берлитион (1,2мг/кг), нуклео ц.м.ф.форте (1мл/кг) та амтадина гідрохлорид (10мг/кг).

Результати. Всі досліджувані препарати сприяли значному зменшенню нейромаркерної активності NSE та титру білка S100 в кінці 14 доби та продовжували викликати деескаліцію до кінця експерименту (30 доба). Це свідчить про наявність у них нейропротективних властивостей. Найбільш потужний нейропротективний ефект відмічався у препараті на основі амтадину гідрохлорид, а другим за величиною був нуклео ц.м.ф.форте.

Висновок. Обрані препарати для дослідження нейропротекторної активності безумовно володіють захисною дією на нерве волокно, але найбільш захисну дію проявив препарат на основі амтадину гідрохлорид. Його терапевтичне використання в запропонованій дозі сприяє збереженню цілості нервового волокна та мієлінової оболонки нижнього альвеолярного нерва при його ятрогенному компресійно-токсичному ураженні. Таким чином, отримані данні, можуть бути надальш впровадженні в практичну стоматологію.

Використана література:

1. Арутюнов А. В., Єлізаров А. В., Копилова І. А., Аванесян Р. А. Аналіз факторів, що шкідливі дію на нижній альвеолярний нерв при амбулаторному стоматологічних втручаннях // Сучасні проблеми науки та освіти. - 2013. - № 6 <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=11099>

(дата звернення: 19.06.2018).

2. Весова Е. П. Диагностика и лечение больных с неврологическими осложнениями после эндодонтического лечения // Журнал вушних, носових і горлових хвороб, №2, 2014 – С. 73 - 78.

3. Крупич М. О., Хеннаві Д. Ф., Скібіцька О. О., Борисенко А. В. Аналіз ефективності ендодонтичного лікування за даними рентгенологічного дослідження / М. О. Крупич, Д. Ф. Хеннаві, О. О. Скібіцька, А. В. Борисенко.; VI міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» - Київ, 25-27 квітня 2017.- С. 174

4. Недзьведь М. К., Походенько-Чудакова І. О., Вилькицкая К. В. Динамика патоморфологических изменений при токсическом поражении нижнего альвеолярного нерва в условиях эксперимента // Журнал «Стоматолог» Минск.-2012, №1(4). - С. 25 - 28.

МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З ТА БЕЗ ОЖИРІННЯ

Прибила О.В., Кушнарєва Н.М., Ковальчук А.В. Зінич О.В.

Науковий керівник: доктор мед. наук Зінич О.В.

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка НАМН України»,
відділ вікової ендокринології та клінічної фармакології

Актуальність проблеми визначення морфометричних та метаболічних біомаркерів, а саме кількості, локалізації і перерозподілу вісцерального та загального жиру, порушень ліпідного спектру сироватки крові, пов'язаних з ризиком серцево-судинних захворювань (ССЗ) при цукровому діабеті 2 типу (ЦД2) визначається високою частотою та небезпечністю цих ускладнень.

Мета роботи: дослідити взаємозв'язки між показниками композиції тіла та ліпідного спектру у чоловіків, хворих на ЦД 2 типу з різним ступенем ожиріння.

Матеріали і методи. Обстежено 38 чоловіків з ЦД 2 типу віком 40-75 років.. Фіксували антропометричні показники, рівень HbA1c, концентрацію С-пептиду, ліпідних фракцій в сироватці крові натще. Методом біоімпедансу визначали характеристики композиції тіла (відсотковий вміст загального та абдомінального жиру, м'язову та кісткову масу, сегментарний розподіл жиру й м'язів). Пацієнтів розподілено на групи за рівнем індексу маси тіла (ІМТ): 1-ша, ІМТ<30 кг/м², n=17 (без ожиріння) та 2-га, ІМТ≥30 кг/м², n=21 (з ожирінням), подібні анамнестичними даними та станом компенсації вуглеводного обміну.

Результати та обговорення. Не виявлено достовірної різниці рівнів С-пептиду, а також показників ліпідного спектру сироватки крові. Аналіз антропометричних та композиційних показників показав, що в осіб 2-ї групи спостерігались значно вищі середні рівні відсоткового вмісту загального жиру та вісцерального жиру та об'ємів талії і стегон (P<0,05). Надлишок вісцерального жиру (>12 од) виявлено у 100% пацієнтів 2-ї групи (з них 23,8% - дуже високий (небезпечний) (>19 од) та у 35,3% - 1-ї групи. Між групами обстежених не виявлено достовірної різниці оцінки тілобудови: в більшості пацієнтів - рівні 2 або 3 (повний або міцна статура), і лише у 5 пацієнтів без ожиріння рівні 5 чи 6 (нормальна або стандартно-м'язиста статура). У чоловіків 2-ї групи зафіксовано достовірно вищий рівень базального метаболізму та відповідний йому розрахунковий метаболічний (біологічний) вік (P<0,05). Також для даної групи характерне зменшення вмісту води (P<0,05). У чоловіків з ожирінням виявлено більший відсоток жирової тканини за всіма сегментами; зафіксовано вищу масу м'язової тканини, особливо на нижніх кінцівках, що може бути пов'язано із накопиченням ектопічного жиру.

Висновки. Порівняльний аналіз показників композиції тіла та ліпідного комплексу у пацієнтів з ЦД 2 типу з та без ожирінням показав, що обидва варіанти метаболічно нездорових фенотипів супроводжуються центральним накопиченням жиру та вираженими порушеннями ліпідного спектру, незалежно від ступеню загального ожиріння та показників індексу маси тіла, об'єму талії, що свідчить про однакові ступені ризику атерогенезу та розвитку серцево-судинних захворювань.

Ключові слова: цукровий діабет 2 типу, фенотип, ожиріння, вісцеральний жир, ліпідний спектр, композиція тіла.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА ПРИ НЕРВОВІЙ АНОРЕКСІЇ

Решетник Людмила Леонідівна

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Мета дослідження. Вивчити баланс жирнокислотного спектру ліпідів ротової рідини як маркера оксидантно - антиоксидантного стресу у хворих з генералізованим пародонтитом при нервовій анорексії.

Матеріали та методи. Вивчення метаболічних порушень жирних кислот ротової рідини було проведено у 28 хворих на ГП, початкового-II ступеню, хронічного перебігу, асоційованого з нервовою анорексією, (середній вік $26 \pm 3,8$) – основна група (О). Група порівняння (П) включала 23 хворих на ГП, початкового-II ступеню, хронічного перебігу, які не мали порушень харчової поведінки. Контрольну групу склали 25 здорових осіб аналогічної вікової категорії. Як об'єкт дослідження використовували ротову рідину пацієнтів. У спектрі жирних кислот (ЖК) ліпідів ротової рідини було ідентифіковано 9 найбільш інформативних ЖК: із них міристинова ^{с 14,0}, пентодеканова ^{с 15,0}, пальмітинова ^{с 16,0}, маргарінова ^{с 17,0}, стеаринова ^{с 18,0}, олеїнова ^{с 18,1}, лінолева ^{с 18,2}, ліноленова ^{с 18,3}, арахідонова ^{с 20,4}. Кількісну оцінку спектра жирних кислот ліпідів проводили за методом нормування площин і визначали долі кислот у %.

Результати та обговорення. Вміст жирних кислот ротової рідини хворих основної групи достовірно відрізняється від контрольних показників. На 12% у хворих на нервову анорексію достовірно підвищена сума насичених жирних кислот за рахунок збільшення вмісту пальмітинової ЖК (^{с 16,0}) і зниження стеаринової ЖК (^{с 18,0}) у 2 рази порівняно з контролем.

Встановлено, що сума ненасичених ЖК зменшена в 2 рази за рахунок поліненасичених ЖК (ПНЖК), а рівень ПНЖК достовірно знижений у 2 рази при порівнянні з контролем за рахунок зниження у 3 рази лінолевої ЖК (^{с 18,2}), ліноленової ЖК (^{с 18,3}) у 2 рази та недостовірного збільшення арахідонової ЖК (^{с 20,4}) при порівнянні з контролем, що на наш погляд, відображає порушення окисно-антиоксидантного балансу і є маркером стресу як індикативного показника ендогенної інтоксикації у пацієнтів з ГП при НА.

У хворих з ГП початкового-I, II ступеню, хронічного перебігу при нервовій анорексії в ротовій рідині має місце достовірне порушення ліпідного метаболізму - збільшення вмісту пальмітинової ЖК (^{с 16,0}) та зниження вмісту лінолевої ЖК (^{с 18,2}).

Висновки. Виявлені особливості перебігу ГП у хворих на нервову анорексію вказують на необхідність додаткових лікувально-профілактичних заходів у вказаній групі пацієнтів. Порушення жирнокислотного спектру ротової рідини у цих пацієнтів зумовлюють необхідність включення до традиційної схеми лікування ГП засобів, спрямованих на корекцію процесів ПОЛ та антиоксидантного захисту, що підвищують ефективність лікувально-профілактичних впливів.

МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ЗУБІВ
ТА ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ПРАЦІВНИКІВ ЧОРНОМОРЬСЬКОГО МОРСЬКОГО
ТОРГОВЕЛЬНОГО ПОРТУСкиба В.Я., Строченко Є.О.,
Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Мета дослідження – підвищення ефективності профілактики карієсу зубів і захворювань пародонту у робітників ЧМТП шляхом обґрунтування та розробки лікувально-профілактичного комплексу, що включає лізоцимвміщуючий та остеотропний засоби.

Методи дослідження: експериментальні (морфометричні, біохімічні), клінічні, біохімічні, статистичні.

Висновки. На підставі проведених клініко-лабораторних досліджень виявлена 100 %-а поширеність карієсу зубів і захворювань пародонту в докерів ЧМТП, чия праця пов'язана з перевалкою насипних вантажів, та встановлена пряма залежність стоматологічного статусу від їхнього віку й стажу роботи, що підтверджується збільшенням інтенсивності карієсу (в 2,4 рази), зниженням резистентності емалі (в 2,9 разів), погіршенням гігієнічного стану порожнини рота (в 2,5 рази), збільшенням інтенсивності запалення в тканинах ясен (в 2,5 рази за індексом РМА і в 2,6 разів за індексом CRPITN), зниженням швидкості саливації (на 20 %). Показано, що у докерів у ротовій рідині спостерігаються порушення в системі ПОЛ-АОС (зниження активності каталази в 2,2 рази, підвищення вмісту МДА в 3 рази, зниження АПІ в 6,7 разів), інтенсифікація протеолізу (підвищення ЗПА в 2,3 рази), збільшення мікробного обсіменіння (підвищення активності уреаз в 3,5 рази, збільшення СД в 5 разів), а також недостатність місцевих захисних механізмів (зменшення вмісту

лізоциму в 2,4 рази) у порівнянні з інженерно-технічними робітниками.

Доведена висока терапевтична ефективність запропонованого комплексу, що включає зубний еліксир «Лізодент» і БАД «Остеовіт», для профілактики карієсу зубів і захворювань пародонту у працівників ЧМТП, що підтверджено зниженням приросту карієсу (в 2,5 рази), зменшенням запального процесу в тканинах пародонту, нормалізацією структурно-функціонального стану кісткової тканини, показників ПОЛ-АОС, посиленням неспецифічної резистентності, зниженням мікробного обсіменіння, нормалізацією функціональних реакцій у порожнині рота у віддалений термін спостереження – через 1 рік.

СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Славінська Валентина Василівна

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Мета роботи – дослідити структуру захворювань пародонта у дітей 6 до 12 років з atopічним дерматитом та стан гігієни порожнини рота.

Матеріали та методи: в обстеженні взяли участь 87 дітей з atopічним дерматитом (АД), віком від 6 до 12 років, серед них 48 дівчаток та 39 хлопчиків. Контрольну групу складали 30 дітей без проявів АД та соматичної патології, ідентичних за віком і статтю. Для діагностики ураження пародонта (за Данилевським М.Ф., 1994) використовували стандартний пакет клініко-індикативної та рентгенологічної оцінки інтенсивності патологічних змін в тканинах пародонтального комплексу та рівня гігієни порожнини рота, а також статистичні методи.

Результати дослідження. Середня кількість секстантів з кровоточивістю за індексом СРІ на одну дитину з АД склала $3,31 \pm 0,01$ ($p < 0,01$), що розцінюється як «висока» інтенсивність ураження тканин пародонта (відповідно до оцінювальних критеріїв ВООЗ). В контрольній групі – $2,51 \pm 0,01$ ($p < 0,01$). Показник кровоточивості ясен у дітей з АД – $2,86 \pm 0,02$ ($p < 0,05$), в контролі – $1,1 \pm 0,03$ ($p < 0,05$). Середнє значення індексу РМА серед дітей з АД становило 36,1%, що вірогідно перевищувало його значення серед практично здорових дітей (15,2%).

Результати клінічного обстеження та індексної оцінки стану тканин пародонта за індексами СРІ, РМА та рентгенологічного дослідження стану кортикальної пластинки та міжзубних перетинок свідчать, що у всіх дітей з АД наявні ознаки генералізованого ураження пародонта: переважав хронічний катаральний гінгівіт середнього ступеня тяжкості в стадії загострення (71 дитина, 81,6%), у 18,4% (16 дітей) – генералізований пародонтит початкового - І ступеню. В контрольній групі дітей хронічний катаральний гінгівіт виявлено у 16,7% (5 осіб), а решти - клінічно інтактний пародонт.

Стан гігієни порожнини рота у дітей з АД оцінено як «незадовільний»: значення індексу Green-Vermillion – $2,03 \pm 0,03$, в контролі – $0,44 \pm 0,02$ ($p < 0,001$) (рівень «добрий»).

Висновки. Генералізовані ураження пародонта виявлені у 100% обстежених дітей з АД у віці 6-12 років. За структурою провідне місце посідає генералізований хронічний катаральний гінгівіт середнього ступеню тяжкості в стадії загострення (81,6%), частка генералізованого пародонтиту початкового-І ступеню тяжкості складає 18,4%. Ураження пародонта у дітей з АД супроводжуються незадовільним рівнем гігієни.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ АНТИМІКРОБНОЇ КОМПОЗИЦІЇ НА ОСНОВІ ХОНДРОЇТИНСУЛЬФАТУ У ЛІКУВАННІ ПАРОДОНТИТУ

Ю.В.Сулим, О.А.Петришин, В.С.Гриновець

Кафедра терапевтичної стоматології, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Метою дослідження було оцінити ефективність лікування пародонтиту за допомогою гелю, що містить лінкоміцин, метронідазол та хондроїтинсульфат.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 80 пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом І та ІІ ступенів тяжкості у фазі загострення. Пацієнти основної групи (49 осіб) отримували лікування засобами, що містили хондроїтину сульфат. У контрольній групі (31 чоловік) застосовували традиційну терапію. Ефективність лікування оцінювали за динамікою клінічної картини, ступенем кровоточивості, характером та кількістю виділень з пародонтальних кишень. Визначали пародонтальний індекс, індекс гігієни та глибину кишень. Результати оцінювали відразу після лікування, а також через один і три місяці після його закінчення.

Лікування починали з професійної гігієни, усунення травматичних факторів. У міжзубні проміжки та пародонтальні кишень вводили запропонований гель.

Результати. Спостереження у основній групі пацієнтів показали, що застосовуване лікування призводило до швидкого усунення симптомів запалення після 1-2 сеансів терапії. Бажаний терапевтичний ефект від лікування в основній групі спостерігався у 76% випадків, у контрольній – у 51%. Пародонтальний показник у пацієнтів контрольної групи до та безпосередньо після лікування становив $2,84 \pm 0,05$ та $0,87 \pm 0,09$ відповідно, в експериментальній групі – $2,82 \pm 0,06$ та $0,40 \pm 0,05$ ($P < 0,01$).

Висновки. Запропонована нами лікарська форма – гель, що містить лінкоміцин, метронідазол та хондроїтинсульфат – це ефективний засіб для лікування пародонтиту, зручний у застосуванні, не викликає побічних ефектів.

КОМП'ЮТЕРНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПРОГНОЗУВАННІ КАРІЄСУ

О. А. Удод, Г. С. Вороніна

Донецький національний медичний університет, м. Лиман

Застосування комп'ютерних нейромережевих технологій для прогнозування карієсу зубів є одним з актуальних завдань сучасної стоматології.

Мета – дослідити можливість прогнозування карієсу зубів у осіб різного віку за допомогою розробленої нейромережевої комп'ютерної програми «CariesPro».

Методи дослідження. Оглянуто 34 дитини віком 12-15 років. Під час обстеження у кожного пацієнта визначали інтенсивність ураження зубів карієсом за індексом $K_p + K_n P_n B$, індивідуальну гігієну порожнини рота за індексом OHI-S, структурно-функціональну кислотостійкість емалі зубів за тестом емалевої резистентності та її функціональну компоненту. Отримані дані заносили до комп'ютерної програми «CariesPro», яка заснована на нейромережевих технологіях та побудована за допомогою високорівневої мови програмування Python. Через 1 рік проводили повторний огляд, під час якого у кожного пацієнта підраховували приріст інтенсивності карієсу за індексом $\Delta K_p + K_n P_n B$ та порівнювали отриманий показник з прогнозованим за допомогою комп'ютерної програми.

Результати. Під час первинного огляду індекс інтенсивності карієсу зубів у дітей складав $2,15 \pm 0,24$, що, відповідно до рекомендацій ВООЗ, свідчить про низький рівень каріозного ураження зубів. Стан гігієни порожнини рота у всіх обстежених був незадовільним, відповідний індекс дорівнював $1,87 \pm 0,03$ бала. Структурно-функціональна кислотостійкість емалі зубів у дітей становила $4,96 \pm 0,33$ бала. Під час дослідження функціональної компоненти структурно-функціональної кислотостійкості встановлено, що її середній рівень відповідає $1,71 \pm 0,12$ бала. Через 1 рік індекс інтенсивності карієсу зубів достовірно ($p < 0,05$) збільшився до $4,23 \pm 0,24$, приріст інтенсивності карієсу за індексом $\Delta K_p + K_n P_n B$ складав $2,08 \pm 0,15$. За результатом роботи комп'ютерної програми даний показник в обстежених осіб через 1 рік мав складати $1,94 \pm 0,13$. Таким чином, отримані під час клінічного дослідження та розраховані за допомогою розробленої комп'ютерної програми відповідні показники достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$). Загалом, під час порівняння даних повторного клінічного огляду пацієнтів з прогнозованою у даний термін ймовірною кількістю каріозних порожнин було встановлено 29 вірних та 5 невірних прогнозів.

Висновки. Комп'ютерна програма «CariesPro», яка розроблена за використанням нейромережевих технологій, дозволяє прогнозувати кількість каріозних уражень зубів через рік з високим ступенем достовірності.

THE NEW CONCEPT OF LOCAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CATARRHAL GINGIVITIS

Khudiakova Maryna

Department of Dentistry

Kharkiv National Medical University,

Kharkiv, Ukraine

According to G. F. Beloklitskaya, the prevalence of periodontal tissue diseases among the adult population of Ukraine is 85-96%. The results of statistically reliable data indicated that the highest incidence rate is at the age of 35-44 years and 15-19 years. Glycosaminoglycans (GAGs) are played an important role in the development of diseases of the periodontal tissues. Mature connective tissue of periodontium contains of mainly sulfated glycosaminoglycans (sGAGs) - chondroitin (4/6) sulfate, dermatan-sulfate, heparan sulfate, heparin, keratin sulfate and hyaluronic acid (non-sulfated GAG).

In inflammatory and dystrophic inflammatory processes in periodontal tissues, the disruption of collagen synthesis is accompanied by damage to the structural and functional components of tissues – proteoglycans (PGs), which undergo bacterial hyaluronidases and other factors undergo disintegration.

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 («Липофлакон», 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 «Липофлакон») 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. Белоключкая Г. Ф. Возможности антиоксидантной коррекции перекисного окисления липидов при заболеваниях пародонта разной степени тяжести / Г. Ф. Белоключкая // 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-практичної конференції «100 років Українській стоматологічній асоціації» - Львів, 2019. - С. 10-12.

конференції, присвяченої 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 неонтогенних 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: детелізований 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.

**ЗАПАЛЬНО-ДИСТРОФІЧНІ УРАЖЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ДІЛЯНКАХ
ФУРКАЦІЙ КОРЕНІВ ЗУБІВ**

О.Р. Ріпецька, І.С. Деніга, В.С. Гринівець, О.А. Петришин, О.О. Пасько М.В. Ренка, А.Ю. Бучковська,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Вступ. Запально-дистрофічні ураження кісткової тканини в ділянках фуркацій коренів молярів і рідше премолярів часто є проблемним щодо лікування. Існують різні етіологічні чинники, що призводять до деструкції кістки в цій ділянці.

Мета дослідження. Вибір оптимального методу лікування при ураженнях кісткової тканини в ділянках фуркацій коренів.

Матеріали та методи. Спостерігалось 10 пацієнтів з кістковими ураженнями в ділянках фуркацій коренів зубів. З них 6 пацієнтів із запально-дистрофічним процесом у пародонті (вік 30-50 р.), серед яких 5 ос. мали пародонтит II ст. важкості і 1 ос. – пародонтозом II ст. важкості. У 1 пацієнта причиною ушкодження альвеолярної кістки в зоні фуркації коренів зубів стала перфорація дна порожнини зуба, а у трьох пацієнтів (вік 20-25 р.) – додаткове відгалуження пульпи в цій ділянці із наступним поширенням запалення на пародонт, що спричинило у них розвиток ендопародонтального ураження.

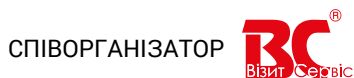
Результати досліджень. Лікування пацієнтів здійснювалось із врахуванням етіологічного чинника та глибини ураження фуркаційних ділянок. У хворих на пародонтит (ураження фуркацій II-III ст. важкості, підгрупа В) було проведене хірургічне лікування, що включало і кюретаж кісткових кишень в ділянці фуркацій. У 2 пацієнтів, де глибина ураження кістки перевищувала 7 мм і досягала апексу кореня були здійснені ампутація щічного кореня верхнього I моляра та гемісекція медіального кореня нижнього моляра. Усі моляри з вираженими ушкодженнями кісткової тканини в зоні фуркацій підлягали депульпації. У хворого на пародонтоз мало місце оголення фуркацій IV ступеня важкості, підгрупи В, йому було знято зубні відкладення і відполіровано поверхні оголених коренів. При лікуванні фуркації, зумовленої перфорацією дна порожнини зуба – перфораційний отвір закрито склоіономерним цементом та проведено відкритий кюретаж ділянки фуркації (ураження III ст. важкості, підгрупа В). У 3 пацієнтів, де причиною ураження фуркації стала внутріканальна інфекція, спостерігались ураження I ст., підгрупа А. Після проведення ендодонтичного лікування у пацієнтів через 6 міс. вже не спостерігалися клінічні ознаки ендопародонтального процесу.

Висновки. Проведені клінічні дослідження дають підставу вважати важливим диференційований підхід до лікування зубів з ураженням кістки в зоні фуркацій кореня. Слід враховувати можливий етіологічний чинник ураження, вік пацієнта та глибину деструкції кістки як у горизонтальному, так і у вертикальному вимірах.

ПАРТНЕРИ



ТОВ «Сакура 2011»
ТОВ «ФАРМКОНСАЛТИНГ СОЮЗ»



НАУКОВІ ПАРТНЕРИ



ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ



ТОВ «Нью Віво»
Адреса: м. Київ, вул. С. Петлюри, 13/135, оф. 23
тел./факс + 38 (044) 287 07 20
e-mail: office@newvivo.com.ua
chil.com.ua

ТУРИСТИЧНИЙ ПАРТНЕР



VIVO TRAVEL
TRAVEL AGENCY

«Обирай весь світ!»