

Експерименти виконані на 76 білих щурах-самцях масою 180-250 г. Протягом 28 днів щурам внутрішньоочеревинно вводили інгібітор протонної помпи омепразол («Sigma», США) дозою 14 мг/кг та перорально мультипробіотик «Симбітер ацидофільний» («О.Д. Пролісок», Україна) дозою 14 мл/кг. В гомогенаті м'яких тканинах пародонта та піднижньощелепних слинних залоз визначали активність NOS та вміст нітритів – кінцевих продуктів обміну оксиду азоту (Nevel J.M., 1991). Нами встановлено, що 28-денне введення омепразолу достовірно знижувало активність NOS і вміст нітрит-аніону в м'яких тканинах пародонта порівняно з контролем. За цих умов у тканинах слинних залоз спостерігалось достовірне підвищення активності NOS і вміст нітрит-аніонів порівняно з контролем, що свідчить про активацію NO-системи і розвиток оксидативного стресу за рахунок підвищення утворення пероксинітриту. 28-денне введення мультипробіотика «Симбітер ацидофільний» на фоні омепразол-індукованих змін в органах порожнини рота сприяє нормалізації NO-ергічної системи.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Несіна І.М., Шпехт Т.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Метою нашої роботи стало вивчення вікових особливостей клінічного перебігу гастроєзофагальної рефлюксної хвороби у дитячому віці.

Під нашим спостереженням знаходилось 49 дітей в віці 7-15 років, які лікувались в педіатричному відділенні №1 обласної дитячої клінічної лікарні м. Полтави з приводу загострення хронічної гастродуоденальної патології. Верифікація діагнозу проводилась на основі клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих дітей згідно протоколів МОЗ України.

Аналізуючи дані ендоскопічного дослідження дітей з ГЕРХ ми встановили, що у 32 хворих був виявлений рефлюкс-езофагіт (1 група) та у 17 дітей - ендоскопічно негативна форма ГЕРХ, які склали групу порівняння (2 група). В результаті клініко-лабораторного та інструментального дослідження хворих обох груп були діагностовані супутні захворювання гастродуоденальної зони, жовчовивідної системи та підшлункової залози. Частіше мало місце поєднання ГЕРХ з хронічним гастродуоденітом (65,6% та 52,9% відповідно) і виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (21,9% та 17,6% відповідно). У хворих групи порівняння частіше виявлявся хронічний гастрит (11,8%). Звертає на себе увагу, що у дітей 1-ї групи майже в 2 рази частіше, ніж у хворих 2-ї групи, разом з гастроєзофагеальним діагностувався і дуоденогастральний рефлюкс (28,1%). При цьому у пацієнтів з ендоскопічно позитивною ГЕРХ достовірно частіше спостерігалась нудота (34,6%). Детальний аналіз скарг хворих дозволив виділити клінічний поліморфізм різних симптомів залежно від віку. Старші діти (вікова група 12-15 років) виказували більш специфічні для ГЕРХ скарги (біль в животі (82,1%), печія (67,8%), відрижка (50,0%). В групі дітей 7-11 років превалювали скарги на болі в животі, пов'язані з вживанням їжі (78,2%), нудота виявлялась 60,9% хворих, зниження апетиту відмічалось у 52,2% дітей. Печія достовірно частіше зустрічалась в дітей віком 12-15 років, а для вікової групи 7-11 років більш характерною скаргою був неприємний запах з роту.

Таким чином, клінічний етап діагностики ГЕРХ характеризується залежністю скарг від вікових особливостей, варіанта ендоскопічної картини та супутньої патології. Виявлення даних симптомів дозволить, до проведення інструментального обстеження, запідозрити ГЕРХ на ранній стадії розвитку і диференційовано підійти до призначення терапії.

СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ ОПІКОВІЙ ХВОРОБИ

Нетюхайло Л.Г., Сухомлин Т.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) питома вага опіків серед травм мирного часу складає від 5 до 10%, вони займають третє місце в структурі загального травматизму (Андрієшин О.П., 2001).

Мета дослідження - докладно дослідити в динаміці при експериментальній опіковій хворобі (ЕОХ) стан вуглеводного обміну.

Опікову хворобу моделювали за методом А.П. Довганського (1971). Гістологічне дослідження пошкодженої шкіри свідчило, що утворювався опік IIIA-B ступеня, що є стандартною моделлю розвитку опікової хвороби в експерименті. Щурів декапітували через 1,6,12 годин та 1,2,3,5,7,10,14,21,28 днів, що, за сучасними уявленнями (Пасечка Н.В., 1996), відповідає стадіям шоку, ранньої і пізньої токсемії і септикотоксемії. Стан вуглеводного обміну вивчали на підставі рівня молочної кислоти (МК) (Камышников В.С., 2000), пірвіноградної кислоти (ПВК) (Камышников В.С., 2000) та активності лактатдегідрогенази (ЛДГ) (Меньшиков В.В., 1987). При ЕОХ змінюється стан вуглеводного обміну. Вміст МК збільшився в усі стадії спостережень, але пік спостерігався на 1-у добу після опіку (стадія опікового шоку), в цей час показник збільшився в 6,56 рази у порівнянні з контролем. При цьому відбулося зниження вмісту ПВК, максимальне зменшення якого також відбувалося на 1-у добу дослідження, в цей час рівень пірвату був нижчим в 3,83 рази порівняно з інтактними тваринами. Одним із важливих механізмів, що забезпечують адаптивну координацію аеробного та анаеробного обмінів органічних речовин в організмі, є регуляція активності ключових ферментів енергетичного метаболізму (Дудченко М.А., 2006). Активність ЛДГ була вірогідно

більшою, а найбільш високою – в стадіях токсемії та септикотоксемії (10-та і 14-та доба), вищою більш ніж в 5 разів порівняно з контролем.

Таким чином, при ЕОХ спостерігається стійке порушення вуглеводного метаболізму, а саме активація реакцій анаеробного гліколізу, що супроводжується підвищенням рівня лактату і зниженням – пірувату.

Отже, надмірна продукція лактату при опіках, з одного боку, і недостатність процесів дезактивації цього метаболіту - з іншого, призводить до розвитку лактоацидозу, який ще більше ускладнює протікання опікової хвороби, тобто виникає вадне коло.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ “ПОВІДОН –ЙОД” В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО – ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ М’ЯКИХ ТКАНИН

Нємченко І.І., Ляховський В.І., Дудченко М.О., Ковальов О.П., Люлька О.М., Нємченко Л.Б.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

З уведенням в медичну практику антибіотиків значно знизилась увага до антисептиків, в результаті чого спектр їх використання значно зменшився. Крім того, широке застосування антибіотиків призвело до виникнення в медицині цілого ряду проблем, а саме наявності антибіотикорезистентних збудників інфекції. Тому у терапії гнійних процесів м’яких тканин увага більше акцентується на використанні нових антисептичних засобів місцевої дії.

В основу роботи покладено результати лікування 36 хворих з гнійно – запальними процесами м’яких тканин на базі хірургічного відділення №1 2МКЛ м.Полтави. Вік хворих від 18 до 70 років, із них чоловіків було 19(51%), жінок -17(49%). Розподіл хворих по нозологічних формах захворювань був наступний: абсцеси м’яких тканин- 9, флегмони різної локалізації -10, гнійно – запальні процеси кисті -8, парапроктити -4, абсцедуючий фурункул - 5.

Всі госпіталізовані хворі в екстреному порядку були прооперовані. Після оперативного втручання, яке зводилось до розкриття гнійного осередку і максимального видалення некротизованих тканин, проводилось лікування ран під пов’язкою із застосуванням 1% розчину антисептичного препарату “Повідон – йод”. Пов’язку міняли 2 рази на добу впродовж 5 – 7 днів. Після появи грануляційної тканини застосовували антисептичні мазі. Усі хворі були поділені на 2 групи: 26 хворих основної групи, у яких в комплексному лікуванні застосовували препарат “Повідон – йод”, та 10 хворих контрольної групи, яких лікували традиційно.

Антибактеріальна терапія включалась в об’єм лікувальних заходів одразу після надходження хворих в стаціонар .

Динаміка перебігу ранового процесу та лікування контролювалась за результатами клінічних проявів, мікробіологічного дослідження посівів із ран, характеру ранового виділення, оцінки термінів лікування та тривалості антибіотикотерапії.

В результаті проведеного дослідження нами встановлено, що місцеве застосування препарату “Повідон – йод” в комплексній терапії гнійно – запальних процесів м’яких тканин сприяє значному скороченню тривалості системної антибактеріальної терапії, дає змогу більш швидкому очищенню та загоєнню ран, тим самим скорочує термін перебування хворих в стаціонарі в середньому на 4 – 5 днів.

ХІМІЧНІ КОМПОНЕНТИ СУЧАСНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ.

Нідзельський М.Я., Стариков Д.Б., Писаренко О.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вперше про небезпеку, яку представляють для пацієнтів стоматологів бісфенол А (BPA) і метакрилова кислота заговорили учені Іспанії з Гранадського університету в 1996году.

Як основний компонент полімерної єднальної речовини, в найсучасніших пломбувальних матеріалах, як і сорок років тому, використовують мономер BISGMA (БІСГМА) - бісфенол А гліциділ метакрилат або його похідні, так звані BISGMA уретани. А оскільки BISGMA (основна єднальна речовина композитів, а по суті смола) виробляється з діфенілолу пропану, тобто з бісфенолу А (BPA), змішаного з метакриловою кислотою, то під впливом агресивного середовища порожнини рота на ці компоненти і розпадається в роті у пацієнтів. Бісфенол А (4,4"-дігидрокси-2,2-діфенілпропан, дифенілолпропан технічний,ДФП) - хімічна речовина у вигляді гранул білого кольору (1-2мм). Бісфенол А використовується протягом 50 років як отверджувач у виготовленні пластмаси, а також продуктів на основі пластмас. Він є одним з ключових мономерів у виробництві епоксидних смол і найбільш загальною формою в полікарбонатному пластиці.