

міжнародного факультетів із 2 по 5 курс шляхом вивчення дисциплін «Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології», «Профілактика стоматологічних захворювань» і «Дитяча терапевтична стоматологія».

Кафедра дитячої стоматології факультету післядипломної освіти також веде свою історію від курсу стоматології дитячого віку, що був заснований професором, д.мед.н. Григор'євою Лією Петрівною в 1974 році. Після реорганізації кафедри інтернатури з терапевтичної стоматології в кафедру інтернатури стоматологічного факультету (наказ ректора №138 від 3.05.93 р.) в Українській медичній стоматологічній академії курсом дитячої стоматології було доповнено навчання лікарів на післядипломному етапі.

Курс дитячої стоматології розвивався під керівництвом Людмили Григорівни Павленко, яка все своє професійне життя присвятила профілактиці дитячої стоматології й розпочала організацію навчання дитячих стоматологів на післядипломному етапі.

Наказом ректора №35 від 27.01.2014 із метою покращення навчання лікарів-стоматологів-дитячих на післядипломному етапі кафедра післядипломної освіти реорганізована шляхом відокремлення кафедри дитячої стоматології факультету післядипломної освіти, яку очолила д.мед.н. Шешукова Ольга Вікторівна.

Науковий-практичний напрям роботи кафедри - лікування й профілактика карієсу й захворювань пародонта в дітей із факторами ризику й загальносоматичною патологією. Навчальний процес кафедри дитячої стоматології спрямований на підготовку/перепідготовку до роботи лікарів-стоматологів відповідно до вимог кваліфікаційної характеристики лікаря-спеціаліста за фахами «Дитяча стоматологія», «Стоматологія».

Сучасна робота кафедр спрямована на підготовку й перепідготовку висококваліфікованих спеціалістів за фахом «Дитяча стоматологія» і збереження стоматологічного здоров'я дитячого населення Полтавщини.

Кисельова Н.В.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СКЛЕРОЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ СУДИННИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ У РАННІЙ ПЕРІОД

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

Актуальність. При дифузних формах судинних мальформацій (СМ) хірургічне лікування, навіть багатетапне, не завжди ефективно в щелепно-лицевій ділянці (ЩЛД). У цьому аспекті черезшкірна склеротерапія має низку переваг, які пов'язані з властивостями препарату.

Мета. Порівняння ефективності застосування блеоміцину для черезшкірної склеротерапії венозних і лімфатичних мальформацій (ВМ, ЛМ) у ЩЛД дітей.

Матеріали й методи. Склеротерапію блеоміцином 0,5 -1 мг/кг від 2- 5 сеансів, кумулятивна доза 4-75 МО, отримали 8 дітей із ЛМ (3 макрокістозні / 2 змішані / 3 мікрокістозні) і 10 із ВМ у віці 6 міс. - 18 років. Для діагностики розповсюдження СМ і контролю лікування використовували УЗД, МРТ; спостереження загального стану - рентгенографія ОГП, лабораторні показники крові, сечі. Загальне спостереження за результатами до 3 років.

Результати. У результаті черезшкірної склеротерапії ЛМ і ВМ у всіх дітей було отримано зменшення об'ємів даної ділянки, збліднення слизової. Клінічну відповідь оцінювали за шкалою від 0 (без змін) до 3 (гарне покращення).

Середній об'єм задіяної ділянки ЛМ складав $27,45 \pm 9,6 \text{ см}^3$. Унаслідок проведеного лікування отримано зменшення об'єму на $M = 46,1 \pm 10,18 \%$ ($p=0,025$) за 2-4 ($M=2,5 \pm 0,4$) сеанси з кумулятивною дозою $M=27 \pm 8,05 \text{ МО}$. У 50% дітей оцінили як гарне покращення. При ВМ середній об'єм ураженої ділянки був $11,425 \pm 26,12 \text{ см}^3$. Отримано зменшення об'єму на $M=38 \pm 7,8\%$ ($p=0,004$) за 3-5 ($M=3,3 \pm 0,3$) сеансів склерозуючої терапії з кумулятивною дозою $M=37 \pm 7,37 \text{ МО}$. Виявлено лінійний кореляційний зв'язок між об'ємом ВМ і кумулятивною дозою при склерозуванні ($p=0,008$). Відмінний результат отримано в 30% ВМ.

Короткочасні побічні ефекти спостерігались у перші 2-3 доби після склерозування: набряк - при ЛМ $2,625 \pm 0,37$ бала, при ВМ- $3,2 \pm 0,32$ бала; локальний біль за NRS – ЛМ $3,2 \pm 0,32$ бала, при ВМ - $3 \pm 0,42$ бала. Підвищення температури тіла $37,0 - 37,4^\circ \text{C}$ – 11% дітей. Протягом тижня – загальна слабкість, зниження АТ, папульозна висипка - 5%. Протягом усього лікування загальні показники крові коливались у межах вікової норми; МНС у ЛМ-1,068, у ВМ - 1,135; D-димер при ЛМ - $116,1 \pm 9,347 \text{ мкг/L}$, при ВМ - $440,6 \pm 113,7 \text{ мкг/L}$; фібриноген відповідно $2,616 \pm 0,2 \text{ г/L}$ і $2,517 \pm 0,09 \text{ г/L}$. Побічних дій протягом року після закінчення курсу не спостерігали.

Висновки. ЛМ мають кращу відповідь на склерозуючу терапію блеоміцином при меншій кількості сеансів і кумулятивній кількості препарату. Загальний добрий результат досягнуто в 75% ЛМ. Змішані й мікрокістозні ураження показали значно нижчу клінічну відповідь при більшій кількості введення. Загальний добрий результат при ВМ отримано в 50% і виявлено лінійний кореляційний зв'язок між об'ємом мальформації й кумулятивною дозою препарату при склерозуванні.