

Проблеми екології та медицини

Том 15 №3-4 (додаток 1) 2011

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 1997

році

Виходить 1 раз на 2 місяці

Зміст

ВСТУП

ВИЩОМУ ДЕРЖАВНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДУ УКРАЇНИ "УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА
СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ" 90 РОКІВ

Ждан В.М...... 16

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ВИЩОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ: ШІСТЬ ПЕРІОДІВ РОЗВИТКУ
УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ АКАДЕМІЇ

Ждан В.М., Бобирьов В.М., Скрипник І.М. 19

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ РОБОТИ У ВИЩОМУ ДЕРЖАВНОМУ
НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ УКРАЇНИ «УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

Ждан В.М., Бобирьов В.М., Шешукова О.В. 28

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВИЩОГО ДЕРЖАВНОГО ЗАКЛАДУ УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

Кайдашев І.П...... 32

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В АКАДЕМІЇ – ВІД ВИТОКІВ ДО СЬОГОДЕННЯ

Скрипник І.М., Воробйов Є.О., Марченко А.В., Давиденко Г.М...... 38

ЛІКУВАЛЬНА РОБОТА – НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНОГО ФАХІВЦЯ

Ждан В.М., Воробйов Є.О., Бобирьов В.М., Скрипник І.М. 42

ПІДГОТОВКА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У ВИЩОМУ ДЕРЖАВНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ УКРАЇНИ
“УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ”: ДОСВІД, НАДБАННЯ, ПЕРСПЕКТИВИ

Скрипніков А.М., Іщайкін К.Є., Старченко І.І., Білоконь С.О., Прилуцький О.К. 46

ДОСВІД ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ У МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ АКАДЕМІЇ

Кундій Ж.П., Біланова Л.П...... 49

ПРИМЕНЕНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ ШИН ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.	
Мирза А.И., Мозолюк Е.Ю., Штефан А.В.	116
ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ З ДЦП	
Мірчук Б.М., Бруніч Т.Д.	116
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗОБЩАЮЩЕГО НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО АППАРАТА НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ БРЕКЕТ – ТЕХНИКОЙ.	
Морозов А.Л., Крылова Т.Л.	117
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІТИННОГО СКЛАДУ МАЗКІВ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЬ	
Мошель Т.М., Гасюк Н.В., Єрошенко Г.А.	117
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ІМУНОРИКС В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ	
Муляр Л.А., Шептій Н.А.	118
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМПОЗИЦІЇ “ДІОЦИНКОХІМ” ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ОБРОБКИ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ	
Назаренко З.Ю.	118
СТОМАТОЛОГІЧНА МАСКА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ	
Назарян Р.С., Карнаух О.В., Шутова К.С.	119
МУЛЬТИПРОБИОТИКОТЕРАПІЯ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ	
Непорада К.С., Манько А.М., Сухомлин А.А.	119
КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ	
Несіна І.М., Шпехт Т.В.	120
СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ ОПІКОВІЙ ХВОРОБИ	
Нетюхайло Л.Г., Сухомлин Т.А.	120
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.	121
ХІМІЧНІ КОМПОНЕНТИ СУЧАСНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ.	
Нідзельський М.Я., Стариков Д.Б., Писаренко О.А.	121
СТАН ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ТА ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ У ХВОРИХ З КАНДИДОЗОМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1	
Ніколішин А.К., Левицький А.П., Ступак О.П.	122
МЕДИКАМЕНТОЗНА ОБРОБКА КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ	
Ніколішин А.К., Ступак О.П., Котелевська Н.В.	122
КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ’ЯЗКИ МІЖ М’ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СНЩС ТА ОККЛЮЗІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ПРИКУСІВ.	
Новіков В.М., Лунькова Ю.С.	123
ДИСБАЛАНС ВАЗОРЕГУЛЯТОРІВ ПРИ СТРЕСОРНИХ ВИРАЗКАХ ШЛУНКА	
Омельченко О.Є.	123
ПРОГНОЗУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАНОВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ.	
Осіпов О.С., Малик С.В.	124

Композиція "Діоцинкохім" має антисептичну дію. Стабільність антимікробного ефекту солей сірчаноокислого кобальту і цинку, наявність у його складі діоксидину, ефективність якого підвищується при поєднанні з кобальтом сірчаноокислим, відносять його до ряду антисептиків широкого спектра дії. Доклінічні дослідження композиції "Діоцинкохім" свідчать про відсутність у неї токсичних, подразнювальних та алергізуючих властивостей.

Результати наших досліджень показали, що дана композиція має виражену протизапальну, протимікробну та в'язучу дію, запобігає вільно-радикальному окисненню під дією несприятливих факторів зовнішнього середовища, а також покращує мікроциркуляторні процеси в тканинах пародонта. Запропонована методика лікування позитивно впливає на перебіг патологічного процесу у пародонті, скорочує строки лікування, стимулює репаративні процеси у периапікальних тканинах.

СТОМАТОЛОГІЧНА МАСКА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Назарян Р.С., Карнаух О.В., Шутова К.С.

Харківський національний медичний університет, м.Харків

На сьогодні доведений певний взаємозв'язок між захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та патологічними процесами, що виникають у ротовій порожнині. Досліди, які проводяться стоматологами та терапевтами, свідчать що зміни в порожнині рота можуть з'явитися ранньою діагностичною ознакою захворювання організму. Крім того, захворювання ШКТ можуть бути важливим пусковим моментом, що спричиняє патологічні зміни в порожнині рота.

Терміном «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» (ГЕРХ) позначають хронічне рецидивуюче захворювання, обумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції та характеризується спонтанним, регулярно повторюваним закиданням у стравохід шлункового вмісту з розвитком характерних клінічних симптомів. Уперше як самостійне захворювання стравоходу, пов'язане з рефлюксом кислого вмісту шлунка, ГЕРХ була описана Н. Quinke в 1879 році, однак деякі симптоми, такі як печія, відрижка кислим або гірким, згадувалися ще раніше. ГЕРХ як самостійна нозологічна одиниця офіційно одержала визнання на конгресі, присвяченому діагностиці даного захворювання, що проходив в 1997 році в Бельгії.

Зміни твердих тканин зубів у пацієнтів з ГЕРХ характеризуються розвитком ерозії емалі зуба. На відміну від обмеженої інформації про прояви на м'яких тканинах, ерозія емалі зуба, як прояв ГЕРХ, вивчена більш глибоко. Але в більшості випадків, ці дослідження стосувалися дорослого населення. Ерозію емалі зуба, як прояв ГЕРХ, визначають як збиток тканин зуба через безпосередній вплив кислоти на тверді тканини зубу. Часта печія, блювота, відрижка кислим, булімія сприяють тривалому ерозивному впливу рефлюктанта на гладку поверхню зубів. Американські вчені провели дослідження з метою встановлення причинних зв'язків між ерозією емалі й ураженою поверхнею зубу. Авторами зроблені висновки, що ерозія, яка виявлена на вестибулярних поверхнях, у більшій мері викликана екзогенними факторами, а ерозія на оральній та оклюзивній поверхнях виникає внаслідок патологічних змін у твердих тканинах зубів, що виникають у результаті змін у ШКТ.

Разом з тим дані, які висвітлюють вказану проблему, залишаються достатньо малочисельними. Приймаючи до уваги неухильне зростання кількості випадків захворювань на ГЕРХ у дітей, можна зробити висновок про актуальність вивчення взаємозв'язку цієї хвороби із захворюваннями ротової порожнини.

МУЛЬТИПРОБІОТИКОТЕРАПІЯ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Непорада К.С., Манько А.М., Сухомлин А.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Дисбіоз ротової порожнини – головний етіопатогенетичний фактор запальних захворювань тканин пародонту. Розвиток інфекційно-запальних захворювань слизової оболонки ротової порожнини завжди супроводжується мікроекологічними порушеннями в даному біотопі, які, у свою чергу, тісно взаємопов'язані з дисбіотичними змінами в інших біотопах, перш за все у шлунково-кишковому тракті. Порушення складу симбіотичної мікрофлори ротової порожнини створює умови для активації патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів і їх проліферації, що згодом може призвести до серйозних порушень мікроциркуляції, утворення вогнищ некрозу, наростання і поширення процесів запалення. У зв'язку з викладеним, особливої актуальності набувають питання профілактики та лікування захворювань органів порожнини рота з використанням препаратів на основі симбіотичної мікрофлори, які сприяють підтриманню і відновленню мікробної екологічної системи як ротової порожнини, так і всього організму. Тому в останні роки в комплексному лікуванні хворих із захворюваннями слизової оболонки ротової порожнини, зубів і тканин пародонту, зокрема, стоматиту, пародонтиту, пародонтиту, гінгівіту та ін. розширилося використання пробіотичних препаратів.

Метою роботи було обґрунтувати ефективність застосування мультипробіотика «Симбітер ацидофільний» для корекції патологічних змін в тканинах пародонта і слинних залоз за умов тривалого застосування інгібітора протонної помпи омепразолу.

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 залозах 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