

53,33% ($p < 0,05$) пацієнтів контрольної групи, закриття порожнин розпаду досягнуто у 85,71% хворих основної групи та у 46,66% ($p < 0,05$) пацієнтів контрольної групи.

Таким чином, використання розробленого способу хіміогормонотерапії туберкульозу дозволяє прискорити досягнення клінічного ефекту, попередити виникнення гепатотоксичних реакцій та суттєво підвищити ефективність лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень з бактеріовиділенням.

РОЛЬ ППАР- γ -АКТИВАЦІЇ В РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЦЕСІВ АПОПТОЗУ CD64⁺ МОНОНУКЛЕАРІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ IN VITRO

Куценко Н.Л., Весніна Л.Е., Кайдашев І.П.

НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Протизапальна функціональна активність ППАР- γ сьогодні привертає увагу науковців різних галузей медицини. Активація ППАР- γ при зв'язуванні з лігандами в моноцитах призводить до пригнічення продукції прозапальних цитокінів – TNF- α , IL-1, IL-6 та оксиду азоту, матриксних металопротеїназ, індукує апоптоз моноцитів/макрофагів, тощо.

Метою даного дослідження було вивчення впливу активатора ППАР- γ – піоглітазону на процеси апоптозу CD64⁺ мононуклеарними клітинами периферичної крові in vitro та на експресію ядерного транскрипційного фактора kB (NF-kB).

Мононуклеари периферичної крові (МНПК) інкубували в присутності піоглітазону в концентраціях 10, 30 та 100 μ M. Експресію NF-kB серед CD64⁺ клітин визначали методом проточної цитофлюориметрії, використовуючи відповідні моноклональні антитіла. Розвиток апоптозу визначали за допомогою анексіну V (AnV) та пропідіуму йодиду (PI).

Активація ППАР- γ призводила до зменшення кількості CD64⁺ клітин та максимальних рівнів експресії цих рецепторів, дозозалежного зменшення експресії NF-kB в суспензії МНПК та серед CD64⁺ клітин. Аналізуючи рівні апоптозу серед МНПК під впливом активатора ППАР- γ , відмічено дозозалежне зменшення кількості апоптотичних клітин. При цьому максимальні вірогідні зміни спостерігались під впливом піоглітазону в дозі 100 μ M (вдвічі зменшення кількості AnV⁺PI⁺ клітин).

Отримані результати впливу активації ППАР- γ на процеси апоптозу та експресію NF-kB потребують подальших досліджень для досконалого вивчення можливих механізмів регуляції функціональної активності клітин, в реалізації яких провідна роль належить NF-kB.

ДИСБИОТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Левицкий А.П.¹, Николишин А.К.², Ступак Е.П.², Скидан К.В.³

¹ГУ "Институт стоматологии НАМН Украины", г. Одесса

²ВГУЗУ "Украинская медицинская стоматологическая академия", г. Полтава

³ГУ "Харьковский национальный медицинский университет", г. Харьков

Ротовая полость – важнейший биотоп макроорганизма, в котором обитает более 500 видов различных микробов, общая численность которых в несколько раз превышает численность всех соматических клеток.

Преобладающее содержание в оральном микробиоценозе пробиотических видов микробов, сосуществующих с макроорганизмом на принципах мутуализма (взаимопомощи), обеспечивает существенную долю антимикробной защиты тканей ротовой полости.

В силу разных причин (нарушение питания, снижение функциональной активности слюнных желез, соматические заболевания, длительная антимикробная терапия и др.) возможно значительное (в сотни и тысячи раз) снижение численности пробиотических видов бактерий, что приводит к росту численности условно-патогенных и даже патогенных микробов, обуславливающих развитие стоматологических заболеваний.

В экспериментальных условиях показано, что моделирование орального дисбиоза существенно сказывается на состоянии зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта, вызывая развитие воспалительно-дистрофических процессов в мягких тканях и нарушений целостности зубов.

Регуляция орального микробиоценоза осуществляется путем нормализации саливации и антимикробного потенциала слюны, изменения характера питания, соблюдения рациональной гигиены полости рта и лечения общесоматических заболеваний.

Одними из наиболее эффективных средств для устранения дисбиоза полости рта являются пребиотики – вещества, которые обеспечивают рост и развитие пробиотической микрофлоры. Пребиотики имеют ряд преимуществ пробиотиками (препаратами пробиотических бактерий), поскольку стимулируют рост штаммов собственных бактерий, тогда как используемые в составе препаратов пробиотиков лабораторные штаммы бактерий, как правило, не приживаются в организме.

Нами разработаны технологии получения и рекомендации по использованию в стоматологии ряда пребиотических препаратов: инулина из корней цикория, КальЦикора (экстракт корней цикория + цитрат кальция), Бактулина (инулин + бифидо- и лактобактерии), ЭКСО (рафиноза + стахиоза), зубных эликсиров "Цикорий", "Лизодент" и "Лизомукоид".

ПОСТОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА

Лесовая И.Г., Ткач Т.В., Яровой Е.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Изучая особенности патогенеза раневого процесса в челюстно-лицевой области (ЧЛО), ученые выделяли роль инфекционного анаэробного фактора в развитии постоперационных осложнений. Кроме того, хирургическое поражение нервных окончаний связано с развитием вегетативных расстройств микроциркуляции и усилением боли. Учитывая травматическое воздействие хирургического вмешательства, ткани в постоперационном периоде испытывают состояние гипоксии за счет нарушения микроциркуляции. Таким образом, в после операции создаются условия для развития осложнений инфекционного и неинфекционного генеза. В связи с этим является актуальным раннее восстановление микроциркуляции, которое возможно при применении медицинского озона (МО). Целью нашей работы было изучение эффективности применения МО в комплексном лечении больных с челюстно-лицевой патологией в постоперационном периоде. Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили пациенты прооперированные в связи с наличием челюстно-лицевой патологии (доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования, одонтогенные гаймориты, врожденные и приобретенные деформации ЧЛО с локализацией постоперационной раны на коже или в полости рта). В комплексном лечении больных после проведенного хирургического вмешательства соответственно стандартам лечения назначали медикаментозную терапию (антибактериальная, общеукрепляющая, противокандидозная, противовоспалительная). Пациентам основной группы, состоящей из 27 человек, назначали на 2е сутки после хирургического вмешательства полоскание полости рта 22 пациентам и 5 обследованным орошение раневой поверхности стерильным озонированным физиологическим раствором в концентрации 5-6 мг/л в течение всего послеоперационного периода до снятия швов. Группу сравнения составили 18 пациентов, которые получали после операции стандартную схему медикаментозной терапии и местную обработку линии швов растворами антисептиков 3% перекисью водорода, 1% раствором йода, полоскание полости рта раствором «Рекутан», «Ротокан», «Фитодент». Критерием оценки состояния послеоперационных тканей у всех больных служили клинические признаки воспаления (отек, гиперемия, боль, увлажненность слизистой полости рта, наличие фибринового налета). Озонирование стерильного физиологического раствора осуществляли на аппарате «Озон УМ-80».

ВМІСТ ЛІЗОЦИМУ РОТОВОЇ РІДИНИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Лобань Г.А., Ганчо О.В., Мошель Т.М., Казакова К.С., Черета В.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У патогенезі хвороб пародонту суттєва роль належить не тільки мікробним факторам, але і імунopatологічним механізмам. Але в сучасних літературних джерелах не приділяється достатньої уваги дослідженню змін вмісту лізоциму ротової рідини у хворих на генералізований пародонтит на тлі неврологічної та гастроентерологічної патології.

Метою нашого дослідження було вивчення характеру змін вмісту лізоциму ротової рідини у хворих на генералізований пародонтит II ступеня тяжкості на тлі нейроциркуляторної дистонії, хронічного холециститу та панкреатиту.

Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 32 хворих із поєднаним перебігом хронічного холециститу і панкреатиту та 20 хворих на нейроциркуляторну дистонію, у яких діагностований хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості (ГП). Для групи порівняння нами було обрано 28 хворих з відповідною соматичною патологією без патологічних змін у тканинах пародонта.

Стан природного імунітету порожнини рота оцінювали методом визначення активності лізоциму нефелометричним методом з використанням музейного штаму тест-культури *Micrococcus lysodeicticus* за Дорофейчук В.Г. Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили з використанням програми Microsoft Excel 2003. Вірогідність отриманих результатів аналізували за критерієм Ст'юдента.

Згідно з отриманими даними дослідження активності лізоциму ротової рідини у хворих на ГП із поєднаним перебігом хронічного холециститу і панкреатиту показало достовірне зниження його у 1,5 разів ($p < 0,05$) порівняно з