

*Аннотация*

**МАТЕРИАЛИ  
ЗА X МЕЖДУНАРОДНА  
НАУЧНА ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ**

**«НАЙНОВИТЕ ПОСТИЖЕНИЯ  
НА ЕВРОПЕЙСКАТА НАУКА -  
2014»**

17 - 25 юни 2014

**Том 17  
Лекарство**

София  
«Бял ГРАД-БГ» ООД  
2014



<b>Моїсєєнко А.С.</b> Клінічне значення мелатоніну в сироватці крові хворих на колоректальний рак з ускладненою товстокишковою непрохідністю .....	40
<b>Рылова Н.В., Тимошенко Ю.В.</b> Изучение поджелудочной железы у детей с муковисцидозом .....	44
<b>Пострелов Н.А., Плотников Ю.В., Авалуева Е.Б.</b> Редкие осложнения язвы двенадцатиперстной кишки .....	49
<b>Токарева Н.Г.</b> Клинико-психологические характеристики эмоциональных реакций у больных эпилепсией .....	51
<b>Бекєнова Д.З., Демидов А.А., Сагітова Г.Р.</b> Клинико-прогностическое значение интерлейкина-6 в динамике острого коронарного синдрома.....	54
<b>Бекєнова Д.З., Демидов А.А., Сагітова Г.Р.</b> Изучение уровня цинка в сыворотке крови у больных острым коронарным синдромом .....	56
<b>Нажмутдинова Д.К., Уринбаєва Д.А., Садикова Н.Г., Бабаєв А.М.</b> Особенности возрастного андрогенодефицита у больных сахарным диабетом типа 2 .....	59
<b>Россихин В.В., Степєнова Е.А.</b> Сравнительная эффективность препаратов «витапрост форте» и инъекций «простатилен» в комплексном лечении больных после операции аденомэктомии.....	60
<b>Нетребич Д.М., Оніщук С.А.</b> Факторный анализ гематологических показателей крови элитных спортсменов .....	67
<b>Бабєнко В.М., Самойленко А.В.</b> Алгоритм діагностики та превентивного лікування у хворих з коморбідною патологією тканин пародонта та легень.....	70
<b>Машарипов С.М., Курбанова Н.Н.</b> Интенсивность генерации активных форм кислорода в митохондриальной фракции гепатоцитов на ранних сроках церебрального ишемического инсульта.....	73
<b>Анисимова Л.А.</b> Опыт применения остеотропных комплексов при лечении перелома нижней челюсти .....	75
<b>Кривчикова Л.Б., Заславская Р.М., Тейблом М.М.</b> Половые отличия показателей гемодинамики при применении блокаторов рецепторов ангиотензина II и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента у больных гипертонической и ишемической болезнями сердца пожилого и старческого возраста.....	79

### МОРФОЛОГИЯТА

<b>Шейко В.И., Пантелєєв П.Г., Дычко В.В.</b> Состояние иммунной системы в условиях миопии .....	85
<b>Бабкіна О.П., Калашніков Д.А.</b> Вивчення особливостей змін морфологічних показників нирок залежно від строків механічних ушкоджень .....	87

<b>Машарипов С.М., Курбанова Н.Н.</b> Антиоксидантная система митохондриальной фракции гепатоцитов на ранних сроках экспериментального ишемического инсульта .....	91
<b>Ульянова Н.А., Венгер Л.В., Думброва Н.Е., Молчанюк Н.И.</b> Ультраструктурные изменения сетчатки при экспериментальной депривационной миопии .....	93

### ХИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

<b>Львов А.С., Шейко В.И., Казимирко Н.К., Дычко В.В., Марфунцов В.В.</b> Состояние двигательных качеств их зависимость от морфофункциональной типологии у студентов специальной медицинской группы .....	96
---	----



породы Вистар и человека, а также близостью основных гемодинамических параметров.

Использованные животные массой 150-180 грамм в возрасте 4-7 месяцев были разделены на 2 группы: 1-ую группу составили 8 крыс, которым производили кожный разрез области шеи над сонной артерией с одной стороны (слева) с последующим ушиванием кожи (ложнооперированные), 2-ую группу составили 9 крыс, которым вскрывалась левая сонная артерия, производилось клипирование в течение 20 минут с последующей реперфузией и полным восстановлением мозгового кровотока.

Исследования проведены через 1, 3 и 7 дней после ишемии-реперфузии. Верификация ишемического инсульта подтверждалась на основании просмотра светооптических препаратов окрашенных по Нисслию. Гомогенат получали в гомогенизаторе Поттера с последующим дифференциальным центрифугированием. В ресуспензии митохондриальной фракции определяли содержание малонового диальдегида (МДА) по методу Стальной И.Т. и соавтора, содержание среднемолекулярных пептидов (СМП) по методу Габриэлян. Полученные результаты пересчитывались на количество общего белка (Lowry H.).

Полученные результаты и их обсуждение. В ранние сроки исследования в митохондриальной фракции гепатоцитов обнаружено значительное увеличение содержания МДА, превышавший уровень контроля в 2,3 раза. Видимо, данное увеличение МДА, связано с увеличением количества данного продукта расщепления молекул липидной природы вымываемого из тканей головного мозга и/или запуском увеличения активных форм кислорода (АФК) в результате реперфузии. В последующие сроки исследования накопление МДА в митохондриальной фракции гепатоцитов снижалось и не достигало уровня контроля. На ранних сроках экспериментального ишемического инсульта у крыс обнаруживаются очаговые пролиферативные изменения внутри долек печени, четко отграниченные инфильтраты из клеток, что явилось, видимо, пусковым механизмом генерации АФК.

Наряду с повреждением молекул липидной природы нами обнаружено увеличение содержания в митохондриальной фракции СМП, продуктов распада молекул белковой природы. Количество СМП было выше уровня контроля в 2,1-3,2 раза. В последующие сроки исследования количество СМП снижалось, но не достигало уровня контроля. Состояние равновесия генерации АФК и мощности антиокислительной системы определяют исход патологического процесса. Выявлены изменения в гепатоцитах, сопровождающиеся усилением генерации АФК, накоплением МДА и СМП.

Аписимова Л.А.

Днепропетровская государственная медицинская академия МОЗ Украины  
Факультет последипломного образования, кафедра стоматологии,  
ассистент кафедры.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОТРОПНЫХ КОМПЛЕКСОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В Украине распространенность заболеваний тканей пародонта составляет 80 %, а в возрасте 35 – 40 лет у 100 % населения выявлены изменения в тканях пародонта [8, 12].

Интенсивность воспалительно-деструктивных процессов в пародонте, течение заболевания зависит от пола, региона проживания. Экзогенные и эндогенные факторы способствуют активации патологических изменений в тканях пародонта, старению его [8].

Репаративная регенерация альвеолярного отростка у пациентов с ХГП имеет свои особенности. [1]. Наложение двух патологических процессов диктует необходимость в разработке самостоятельной концепции лечения ПНЧ на фоне пародонтита.

Существующие на сегодня стандартные схемы лечения ПНЧ не учитывают общую обусловленность влияния генерализованного пародонтита на течение ПНЧ и требуют коррекции.

Процессы восстановления альвеолярной кости, в сложных патофизиологических условиях, прежде всего требуют создания благоприятных условий для реоссификации. А репаративная регенерация при этом предполагает восстановление костной ткани на вновь синтезированном органическом матриксе с последующей минерализацией [5, 6, 7, 10].

Наличие ПНЧ и генерализованного пародонтита в определенной степени есть «синдромом взаимногоотягощения». Возникает необходимость в обеспечении условий консолидации перелома и предотвращения осложнений со стороны пародонта, необходимость продлить период ремиссии хронического генерализованного пародонтита. Это требует привлечения в лечебный комплекс препаратов остеотропной направленности.

**Целью работы:** повышение эффективности лечения пациентов с переломом нижней челюсти, у которых заболевание протекает на фоне хронического генерализованного пародонтита, путем применения препаратов остеотропной направленности, как звена в лечебном комплексе.

**Объекты и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 120 пациентов мужского пола, в возрасте от 18 до 55 лет с ПНЧ в пределах альвеолярного отростка. Были выделены две группы сравнения Гп1и Гп2. В группу Гп1во-



шло 37 пациентов с ПНЧ и клинически здоровым пародонтом. В группе Гп2 наблюдался 41 пациент. В Гп1 и Гп2 лечение проводилось по обще принятой схеме. В Гп2 и в группе основной (О) мы наблюдали ПНЧ на фоне генерализованного пародонтита, хронического течения, I и II степени тяжести. В основную группу О вошли 42 пациента. У пациентов группы О лечение проводилось по предложенной нами схеме комплексного лечения (Патент Украины № u200703703) [9].

У всех пациентов фиксация перелома осуществлялась индивидуальными гнутыми шинами с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой.

Рентгенологическую диагностику проводили при госпитализации и контроль в динамике после фиксации перелома.

Основной диагноз: перелом нижней челюсти (ПНЧ) соответствовал МКБ-10 – S.02.6.

Верификацию воспалительных заболеваний пародонта проводили согласно рабочей классификации (в редакции) М.Ф. Данилевского (1998).

Распределение пациентов по возрасту было произведено согласно рекомендациям ВОЗ, пациенты в группах были сопоставимы по возрасту, без выраженной соматической патологии.

Для оценки состояния гигиены полости рта использовали клинические и параклинические методы диагностики. Среди параклинических методов определяли пародонтальные индексы и пробы: гигиенический индекс (ГИ), РМА в модификации Parma, пародонтальный индекс (ПИ) по Russel, индекс кровоточивости (ИК) по Muhlemann и SPITN.

Индексы определялись при госпитализации и после снятия фиксирующего устройства (шины) на 28 – 31 день после фиксации перелома.

Рентгенологические признаки остеопороза межзубных перегородок мы определяли по внутри ротовым рентгенограммам.

К лечебному комплексу, который использовали пациенты групп Гп1 и Гп2 были добавлены Кальцецин по 1 таблетке два раза в день и Терафлекс по 1 капсуле трижды на день. Прием препаратов у пациентов в условиях стационара был начат с момента фиксации челюстей. Кальцецин принимали на протяжении всего периода лечения ПНЧ, а далее для стабилизации тканей пародонта прием продолжали на протяжении 2 месяцев (по схеме рекомендованной для лечения хронического генерализованного пародонтита) [3, 5, 8, 10]. В таком же режиме был назначен Терафлекс. Минимальный срок приема на протяжении 3 месяцев в течения года [3, 5, 8, 10].

Эффективность лечения определяли с учетом жалоб больных, туго подвижности отломков челюсти, определения кровоточивости десен, наличия или отсутствия неприятного запаха из полости рта, изменений обще соматического состояния, возникновения обострений со стороны тканей пародонта, осложнений заживления ПНЧ. Изменения клинических данных учитывали на 5, 14, 30 день с момента фиксации ПНЧ.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи Microsoft Excel та Windows Vista на бази Intel® Core™ Duo CPU TR5450 – с определением средней величины и средней ошибки ( $M \pm m$ ) с дальнейшим определением  $t$  – критерия Стьюдента. При проверке гипотез использовался уровень значимости  $p \leq 0,05$ .

**Обсуждение результатов.** Всего с заболеваниями тканей пародонта в ходе исследования было выявлено 156 пациентов, что составило 65 % от числа больных с ПНЧ в пределах зубного ряда, находившихся на лечении в клинике. Частота встречаемости заболеваний тканей пародонта у обследованных за 5 лет пациентов была следующей: среднее количество клинически здоровых пациентов составило 29,25 % (80), количество больных гингивитом – 9,5 % (19). У пациентов с ПНЧ преимущественно встречался хронический генерализованный пародонтит – в 51,75 % случаев. Наш выбор группы исследования был обусловлен значительным преобладанием у пациентов с ПНЧ хронического генерализованного пародонтита.

Анализ данных полученных при госпитализации, свидетельствует о низком уровне гигиены полости рта у пациентов всех возрастных групп. По нашему мнению, это прежде всего обусловлено сроками, в пределах которых больные поступали на стационарное лечение. Жалобы на боль преобладала у пациентов в первые 3 – 5 суток до госпитализации и обусловила полный отказ от гигиенического ухода за полостью рта. Углубленный анализ обследования диспансерных больных позволил установить, что показатель гигиенического состояния увеличивался у пациентов, у которых ХГП был на протяжении длительного времени (более 3 лет).

По степени тяжести ХГП в группе Гп2 распределение больных было таким: в Гп2 с I степенью тяжести пародонтита обнаружено 27 пациентов (65,85 %), со II степенью тяжести – 7,31 % (13 пациентов). У пациентов с III степенью тяжести использование ортопедической фиксации перелома не представляется возможным. Среди пациентов группы О I степень тяжести пародонтита определена у 14 больных, что составило 33,33 %. Со II степенью тяжести выявлено 27 пациентов, что соответствовало 64,29 % пациентов.

На пятые сутки в группе сравнения без пародонтита (Гп1) жалоб на болевые ощущения не было, гигиеническое состояние полости рта ухудшилось. Значительное количество мягкого налета определялись на язычной поверхности зубов, незначительная гиперемия слизистой оболочки в местах прикосновения шины к зубам и фиксирующих лигатур вблизи десен.

Туго подвижность ПНЧ в группе О наблюдалась в среднем на 12,6 сутки, в группе Гп2 на 19,6 сутки, в группе Гп1 на 10,4 сутки.

Лечение ПНЧ на фоне ХГП с привлечением предложенной остеотропной терапии дало статистически достоверные положительные результаты у большинства больных основной группы: в 89,5 % пациенты не имели жалоб, у них не наблюдалось признаков распространения воспаления в тканях пародонта через 30 дней после начала лечения. Прогрессирование воспаления наблюдали у 10,5 % больных, которые отказались от приема медикаментозного комплекса.



Анализ полученных нами данных свидетельствует о том, что у пациентов мужского пола с ПНЧ проявления воспаления в пародонте зависят не от возраста, а от давности и длительности воспалительного процесса в тканях пародонта. Характер осложнений в ходе лечения ПНЧ зависит от степени тяжести пародонтита.

Данные исследования показали, что динамика клинических показателей состояния тканей пародонта у пациентов с ПНЧ на фоне ХГП зависит от метода лечения ПНЧ. Лучшие клинические показатели наблюдались в группе, где лечение проводилось с использованием предложенного медикаментозного комплекса.

**Выводы:** препараты остеотропного действия – являются необходимым и обязательным компонентом в комплексном лечении ПНЧ на фоне генерализованного пародонтита. Привлечение остеотропных комплексов обеспечивает создание благоприятных условий для заживления костной раны и улучшает условия стабилизации в тканях пародонта, что способствует не только более быстрому выздоровлению травмированного пациента, но и позволяет создать у пациента позитивный настрой на лечение и выздоровление.

Изучение условий заживления и влияния лечебных комплексов, направленных на предотвращение негативных проявлений патологического звена «травма – перелом – пародонтит» требуют дальнейшего изучения и разработки эффективных лечебных комплексов.

#### Литература:

1. Вишняк Г.Н. Комплексна остеотропна терапія генералізованого пародонтиту. Матеріали I з'їзду Асоціації стоматологів України/ Г.В.Вишняк// – 1999. – С. 35–40.
2. Горленко О.В. Визначення стану гігієни порожнини рота в комплексній терапії переломів щелеп /Фурман Р.Л., Горленко І.М.// Вісник стоматології.- 2004, №3.- С. 27 – 33.
3. Ерокина Н.Л. Состояние тканей пародонта у больных с переломами нижней челюсти. / Н.Л.Ерокина, А.В.Лепилин, Г.Р.Бахтеева // Сборник научных трудов по материалам 8-ой Всероссийской конференции: «Новые технологии в стоматологии и имплантологии». Изд-во СГТУ. – Саратов. – 2006. – С. 162-165.
4. Мазур И.П. Репаративная регенерация альвеолярного отростка у больных генерализованным пародонтитом. Матеріали II(IX) з'їзду Асоціації стоматологів України. – С. 240 – 241.
5. Мазур И.П. Кальцеин в комплексном лечении генерализованного пародонтита /И.П. Мазур, В.В. Поворознюк// Современная стоматология. – 2004. – № 1. – С.60 – 64.
6. Мазур И.П. Костная система и заболевания пародонта / И.П. Мазур, В.В. Поворознюк // Современная стоматология. – 2002. -№ 2. – С.27 – 32.
7. Мазур И.П. Особливості структурно – функціонального стану тканин пародонта та кісткової тканини скелета у населення різних регіонів України

Л.П.Мазур, В.В. Поворознюк// Матеріали I (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України 30 лист. – 9 грудн.1999.-Київ: – С. 217 – 219.

8. Мащенко И.С. Оценка остеопаротического процесса в альвеолярной кости /И.С. Мащенко, А.В. Самійленко// Вісник стоматології.- 2002.-№ 2. –С. 20–24.

9. Пат. № 25839 України, МПК А 61 В 17/58. Спосіб лікування травматичного перелому нижньої щелепи/ Г.П.Рузін, Л.А. Анісімова, заявник і власник патенту Г.П.Рузін, Л.А. Анісімова – № u200703703, заявл. 03.04.2007, опубл. 27.08.2007. Бюл. №13.

10. Сидельников П.В. Эффективность применения кальцеина в комплексном лечении генерализованного пародонтита // Современная стоматология. – 2002. – № 3. – С.63 – 65.

11. Тимофеев А.А. Изучение функционального состояния окологлазничных тканей при переломах нижней челюсти /А.А. Тимофеев, Е.П. Весова, Е.В. Горобец, В.В. Каминский//Укр.журнал малоінваз. та ендоскоп. хірургії. – 1997. – Vol.№3.- Р.36 – 37.

12. Отчет о проведении международной научно-практической конференции «Эпидемиология основных стоматологических заболеваний» // Стоматология. – 2004. – № 5. – С. 68–70.

**Кривчикова Л.В.** врач кардиолог, **Заславская Р.М.** профессор, д.м.н., главный специалист Института Космических исследований РАН (ИКИ), **Тейблом М.М.** к.б.н.  
ГБУЗ МКНЦ ДЗМ, Москва, Россия.

## ПОЛОВЫЕ ОТЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II И ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЯМИ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Цель:** Изучение показателей гемодинамики у пожилых мужчин и женщин, страдающих гипертонической болезнью 3 стадии 3 степени дифференцированно до лечения. Исследование гендерных показателей гемодинамики при гипертонической болезни 3 стадии 3 степени под влиянием лечения блокаторами рецепторов ангиотензина II у больных пожилого возраста. Определение половых различий в показателях гемодинамики у пожилых больных с гипертонической болезнью 3 стадии до и после лечения ингибиторами АПФ. Провести сравнительный анализ гендерных особенностей у пожилых больных с гипертонической болезнью 3 стадии 3 степени при применении БРА (блокаторов рецепторов ангиотензина) и иАПФ (ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента).