

Міністерство охорони здоров'я України
Державний заклад „Запорізька медична академія післядипломної освіти
Міністерства охорони здоров'я України”



ТЕЗИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ

XVI ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

„АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ”

24-25 листопада 2022 року

УДК 61 (063)

А 43

Редакційна колегія:

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – О.Г. Алексєєв, к.фарм.н., доцент, в.о. ректора Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України».

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА:

С.Д. Шаповал, д. мед. н., професор, перший проректор з науково-педагогічної роботи Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»

І.М. Фуштей, д. мед. н., професор, проректор з наукової роботи Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР:

О.О. Токаренко, к. мед. н., голова Ради молодих вчених.

Члени редколегії: Н.О. Скороходова, д. мед. н., професор;

В.Б. Мартинюк, к. мед. н., доцент;

В.П. Медведєв, к. мед. н., доцент;

В.Б. Козлов, к. мед. н., доцент.

Тези за матеріалами: XVI Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених «Актуальні питання клінічної медицини» (24-25 листопада 2022 р., м. Запоріжжя) – Запоріжжя, 2022. – 277 с.

Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори. У тезах збережено авторське подання матеріалів.

Концентрації забруднюючих речовин в атмосферному повітрі м. Запоріжжя

з 25.07.22 р. по 28.08.22

Забруднююча речовина	Концентрація, мг/м ³		
	середня	максимальна	мінімальна
формальдегід	0,04±0,0011	0,054	0,036
фенол	0,015±0,0015	0,047	0,011
аміак	0,275±0,019	0,46	0,21
сірководень	0,001±0,0002	0,014	0,0083

Висновки.

1. Рівень забруднення атмосферного повітря лишається неприпустимо високим.
2. Стан забруднення характеризується постійною присутністю у повітрі 4 сполук 2 класу небезпеки, 3 сполук 3 класу небезпеки, 2 сполуки 4 класу небезпеки, а також дрібнодисперсних твердих часток для яких взагалі не встановлені порогові рівні безпечної дії.
3. Така ситуація вказує на необхідність обов'язкового впровадження ефективних природоохоронних заходів для мінімізації ризиків для здоров'я населення від впливу забрудненого атмосферного повітря.

ФОТОДИНАМІЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРИІМПЛАНТИТІВ**К.П. Волчихіна, А.В. Сидоряко***ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»**Кафедра стоматології О.М. Манухіна*

Вступ. Дентальна імплантація – одна з поширених сучасних ефективних методик відновлення цілісності і функції зубних рядів. З удосконаленням технологій, зменшенням переліку протипоказів і частоти ускладнень, кількість операцій імплантації значно зросла, пропорційно до росту числа імплантацій зросла і кількість захворювань періімплантних тканин (Niklaus Lang et al.). До цієї категорії відносяться періімплантатний мукозит та періімплантит, в етіології яких провідна роль належить бактеріальним біоплівкам [Hultin, M.; Gustafsson, A.; Hallström, H.; Johansson, L.; Ekfeldt, A.; Klinge, B. Microbiological findings and host response in patients with peri-implantitis. Clin. Oral Implant. Res. 2002, 13, 349–358.]. Особливе значення надається бактеріям червоного комплексу, які часто виявляються на ділянках з періімплантитом [Esposito M, Grusovin MG, Coulthard P, Worthington HV. The

efficacy of interventions to treat peri-implantitis: a Cochrane systematic review of randomised controlled clinical trials. Eur J Oral Implantol. 2008;1(2)].

Загальноприйнятим методом лікування періімплантитів є ретельне механічне видалення біоплівки, що супроводжується додатковою терапією, яка включає антисептики, системні та місцеві антибіотики [Schwarz F, Sahm N, Iglhaut G, Becker J. Impact of the method of surface debridement and decontamination on the clinical outcome following combined surgical therapy of peri-implantitis: a randomized controlled clinical study. J Clin Periodontol. 2011;38(3):276-284]. Однак, такі підходи викликають певні труднощі у разі антибіотикорезистентності, яка набуває все більшої поширеності внаслідок активного застосування антибіотиків під час пандемії Covid 19. Антибіотикорезистентність ускладнює лікування мукозиту та періімплантиту та знижує його ефективність. [Carcuac, O.; Derks, J.; Charalampakis, G.; Abrahamsson, I.; Wennström, J.; Berglundh, T. Adjunctive Systemic and Local Antimicrobial Therapy in the Surgical Treatment of Peri-implantitis: A Randomized Controlled Clinical Trial. J. Dent. Res. 2016, 95, 50–57]. Одним з методів розв'язання цієї проблеми є застосування неспецифічних механізмів впливу на бактерії до яких належить фотодинамічна терапія (ФДТ) [Wang WC, Lagoudis M, Yeh CW, Paranhos KS. Management of peri-implantitis - A contemporary synopsis. Singapore Dent J 2017; 38:8–16].

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування періімплантитів шляхом застосування ФДТ, порівняння результатів лікування періімплантиту із застосуванням антибіотикотерапії та ФДТ.

Матеріали та методи. Проведене обстеження, лікування і динамічне спостереження групи з 14 пацієнтів віком від 35 до 60 років. Критерії включення: діагноз періімплантиту, встановлений на підставі дослідження м'яких тканин навколо імплантату: наявність виражених симптомів запалення, втрата кісткової тканини, підтверджена при рентгенологічному дослідженні, принаймні одна ділянка імплантату з пародонтальною кишенню ≥ 4 мм; видима кровотеча навколо імплантату при зондуванні, з індексом кровоточивості (SBI) ≥ 3 балів. Глибину кишені визначали як відстань від ясенного краю до дна кишені, виміряну за допомогою зонда з прикладанням сили 0,2 Н. Показник визначали в дистальній, щічній, мезіальній, дистолінгвальній, язичній і мезіолінгвальній ділянках кожного імплантата, і середнє значення показника у цих шести точках приймалося за показник глибини кишені. Індекс кровоточивості (SBI) визначався за допомогою тупого пародонтального зонда для зондування вздовж ясенного краю імплантату з силою близько 0,2 Н; оцінка показників: 0- ясенний край навколо імплантату здоровий, ясна не кровоточать після зондування; 1- ясенний край навколо імплантату має легке запалення, незначна кровоточивість після зондування; 2- ясна помірно запалені, зі зміною кольору, без набряку

або гематоми, точкова кровоточивість після зондування; 3- ясна помірно запалені, зі зміною кольору та незначним набряком, кровоточивість при зондуванні та кров у борозні; 4- помірне запалення ясен, зміна кольору, виражений набряк, кровоточивість при зондуванні та кров у борозні; 5- зміна кольору ясен, виражений набряк, можливі виразки, кровоточивість при зондуванні або автоматична кровоточивість. Пацієнти були поділені на дві групи по 7 осіб, в одній з яких для лікування періімплантиту застосовано механічну деконтамінацію та антибактеріальну терапію (Амоксицилін 500 мг 2р/д-7 діб) – контрольна група; в другій- механічну деконтамінацію та ФДТ – основна група. Пацієнти обох груп були навчені методам гігієни порожнини рота. Механічна деконтамінація (видалення біоплівки) здійснювалась наконечником з металевою щіткою. ФДТ проводилась апаратом Viola потужністю 200 мВт і довжиною хвилі 635 нм, в якості фотосенсибілізатора використовували очищений хлорид толонію за наступною методикою. Спочатку фотосенсибілізатор вводився до дна кишені навколо імплантату. Після повного заповнення дна кишені використовували стерильний фізрозчин для видалення надлишку барвника через 1 хв після фарбування. Після висихання дистальна, щічна, мезіальна, дистолінгвальна, язична і мезіолінгвальна ділянки кожного імплантата оброблялися протягом 10 с. Дезінфекція після обробки не була потрібна.

Результати. В обох групах спостерігалось зменшення середньої глибини зондування порівняно з вихідними значеннями через 6 тижнів: 2 мм в досліджуваній групі, та 3 мм в контрольній. На вихідному рівні SBI всіх пацієнтів відповідав 4 ступеню. В обох групах спостерігалася достовірна зміна показника SBI через 6 тижнів порівняно з вихідним рівнем: SBI в досліджуваній групі була ≤ 2 , та ≤ 3 в контрольній. Спостереження досліджуваних груп продовжується.

Висновки.

1. Виявлено суттєве скорочення глибини зондування та зменшення кровотечі при зондуванні при використанні ФДТ.
2. Результати отримані при використанні ФДТ співставимі з результатами застосування антибіотикотерапії.
3. Бактерицидний ефект ФДТ дозволяє уникнути широкого системного використання антибіотиків та дозволяє запобігти виникненню антибіотикорезистентності при лікуванні періімплантиту.
4. Доцільне проведення тривалого динамічного спостереження після проведення лікування періімплантиту.

15.	ВИВЧЕННЯ ТА КОРЕКЦІЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ ЗМІН В ДІЛЯНЦІ ГНІЙНОГО ВОГНИЩА У ХВОРИХ З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ М'ЯКИХ ТКАНИН НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ Богачук М.Г.	27
16.	СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІЇ ПАТОГЕНЕЗУ ХРОНІЧНИХ РАН Богачук М.Г., Філіппов С.В.	28
17.	ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРОДОНТАЛЬНИХ ЗОНДІВ Бородько Н.А.	30
18.	НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПІСЛЯ ВІЙНИ: ЩО НАС ЧЕКАЄ? Бухало Г.О.	32
19.	МІСЦЕ УРАЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В СТРУКТУРІ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С Бучок О.В., Туряниця Ю.Є.	34
20.	ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ Бучок О.В., Попович А.І.	35
21.	COVID-ІНДУКОВАНИЙ ГЕПАТИТ Височанська В.В.	36
22.	АНАЛІЗ СТАНУ ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ М. ЗАПОРІЖЖЯ Волкова Ю.В.	38
23.	ФОТОДИНАМІЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРИІМПЛАНТИТІВ Волчихіна К.П., Сидоряко А.В.	40
24.	ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРИІМПЛАНТНИМ МУКОЗИТОМ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДИКИ I-PRF Гаджула Н.Г., Шінкарук-Диковицька М.М., Існюк А.С., Рекун Т.О., Побережна Г.М.	43
25.	ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ Гекова А.В.	45
26.	«КЛІНІЧНА МАСКА» ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ МАЛЮКОВОГО ВІКУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) Гніда Н.І., Сергєєва В.С.	47
27.	ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК V СТУПЕНЮ, АФУНКЦІОНУЮЧИЙ ТРАНСПЛАНТАТ НИРКИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК Городкова Ю.В., Курочкін М.Ю., Давидова А.Г.	48
28.	КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТЯЖКОЇ РАННЬОЇ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНОЇ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Гусєва А.Є.	50
29.	ЛАПАРОСКОПІЧНА СПЛЕНЕКТОМІЯ ТА ЇЇ ЗНАЧЕННЯ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ Гущо А.Є., Меженіна Т.В.	52
30.	АНАЛІЗ СТАВЛЕННЯ ДІТЕЙ ДО ДЕЯКИХ НАСЛІДКІВ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ Драмарецька С.І., Черепанов Б.Б.	53