

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,  
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,  
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,  
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,  
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,  
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,  
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,  
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный  
медицинский университет”, 2014

форм периодонтитов консервативным методом [1].

Фирма-производитель «Остим» (РФ) предлагает остеопластический препарат «Остим – 100», содержащий частицы гидроксиапатита размером 0,05 мкм с удельной поверхностью частиц 100–150 м<sup>2</sup>/г. Форма выпуска - 5%, 10%, 18%, 30% и 45% суспензия на водной основе. Материал показан для использования в хирургической стоматологии и терапевтической - для пломбирования корневых каналов при лечении деструктивных форм хронического апикального периодонтита.

Фирма-производитель «Pierre Fabre Medicament Production» (Франция) представила препарат «Остеогенон». Форма выпуска – таблетки, покрытые оболочкой, 830 мг в блистерах в упаковке №40. 1 таблетка содержит: активный компонент: оссеин-гидроксиапатитное соединение (ОГС) – 830,00 мг сухой субстанции, соответствующей: Оссеин – около 291 мг, включая неколлагеновые белки/пептиды – 75 мг, коллагеновые белки – 216 мг. Кальция гидрофосфат(гидроксиапатит) – около 444 мг, включая кальций – 178 мг, фосфор – 82 мг, неактивная оссеин-гидроксиапатитная фракция (состоящая из липидов, лимонной кислоты, гликозаминогликанов) – около 95 мг. Рекомендован при комплексном лечении хронического периодонтита

легкой и средней степени тяжести [4].

#### **Выводы.**

1. Медицинский рынок остеопластических препаратов достаточно широко представлен на территории Республики Беларусь.

2. Препараты на основе гидроксиапатита практически не используются при эндодонтическом лечении.

#### **Литература:**

1. Десятниченко К.С., Курдюмов С.Г. // Клеточная трансплантация и тканевая инженерия. 2008. Том 3, № 1 С. 62-68.

2. Дуров В.М., Дурова А.В., Десятниченко К.С. // Стоматология. 2011. №1. С.30-33.

3. Модина Т.Н., Болбат М.В., Ганжа И.Р. // Dentalmarket. 2007. № 2. С. 23-26.

4. Омарова Х.О., Дмитриева Н.Г. // Пародонтология. – 2004. - №4. – 16-19.

5. Питкевич Ю.Э., Маланин Д.А. [и др.] // Биоматериалы. 2007. № 8. С. 3-7.

6. Федоренко А. А. Лечение хронического периодонтита с применением новой композиции "Коллапан-гель Л" и имозимазы: автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2010.

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА «ЛЕЙАРГУНАЛ» НА КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ**

*Волкова М.Н.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Высокая распространенность заболеваний периодонта, доказанная связь периодонтальной инфекции и системных заболеваний определяет актуальность комплексной диагностики и лечения данной патологии. Один из путей совершенствования диагностического процесса – внедрение в практику микробиологических методов и иммунологических методов исследования.

До 70 % всей микрофлоры периодонтального кармана составляют грамотрицательные бактерии, в основном анаэробные. Обнаружение в составе микрофлоры периодонтального кармана патогенных для тканей периодонта в высокой концентрации (10<sup>4</sup> и более) бактерий на фоне выраженной клинической картины является признаком анаэробной периодонтальной инфекции [1].

Уровни биомаркеров слюны, например, цитокинов, могут быть использованы для диагностики заболеваний периодонта. Многие исследователи определяют IL-1 $\beta$  десневой и ротовой жидкости как маркер воспалительных заболеваний периодонта, т. к. находят зависимость уровня IL-1 $\beta$  от глубины периодонтального кармана и других клинических параметров. В развитии заболеваний периодонта взаимодействие между микроорганизмами зубного налета и СИ человека играет ведущую роль: в воспалительный процесс, возникающий в ответ на бактериальную инвазию, вовлекаются факторы как

неспецифического, так адаптивного иммунитета. Основываясь на этом положении, иммунокоррекция имеет патогенетическую направленность терапевтического воздействия.

В данном исследовании в качестве иммуномодулирующего препарата был предложен лейаргунал, являющийся комбинацией аминокислот L-лейцина, L-аргинина и пуринового основания инозина. На экспериментальных моделях было показано, что при систематическом введении лейаргунала стимулировал гуморальный и клеточный иммунитет, в широком диапазоне доз и концентраций лейаргунал стимулировал фагоцитоз бактерий [2].

**Цель.** Изучить влияние иммуномодулирующего средства лейаргунал на клинические параметры, микробный состав содержимого периодонтального кармана и уровень цитокинов ротовой жидкости пациентов с хроническим периодонтитом.

**Материал и методы.** В исследование включен 51 пациент (18 мужчин, 33 женщины) с хроническим периодонтитом. Критерии включения в исследование для пациентов с ХП: 1) возраст 18–65 лет, 2) отсутствие системных заболеваний, 3) отсутствие системной антибактериальной, иммуномодулирующей и противовоспалительной терапии в течение 6 месяцев перед данным исследованием, 4) проведенная базовая терапия – периодонтальное лечение, 5) отсутствие беременности у женщин. Письменное

информированное согласие на участие в исследовании было получено от всех обследованных. Всем включенным в исследование были определены: индекс налета (PI Silness-Loe, 1964), индекс кровоточивости десневой борозды (SBI, Muhleman, 1971) в модификации I. Cowell (1975), периодонтальный индекс (PI Russel, 1956), проведено рентгенологическое исследование. В качестве материала для бактериологического исследования использовали содержимое периодонтального кармана. Для выделения анаэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов посев осуществляли на среды: Эндо, желточно-солевой агар, кровяной агар. Для выделения анаэробов посев осуществляли на чашки со средой Шедлера, которые помещали в анаэростат с газогенерирующей смесью.

Измерение цитокинов ротовой жидкости проведено у 40 пациентов с хроническим периодонтитом. Количество IL-1 $\beta$  и IFN- $\gamma$  в слюне было измерено, используя иммуноферментные тест-системы ОАО «Цитокин» (Санкт-Петербург), иммуноферментный анализатор – фотометр универсальный Ф 300 ТП. Определение концентрации IL-1 $\beta$  и IFN- $\gamma$  проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Исследование эффективности препарата проведено в рамках программы «II фаза клинических испытаний эффективности лекарственного средства лейаргунал (лейцин/инозин/аргинин) производства РУП «Гродненский завод медицинских препаратов» в сравнении с плацебо» (№ 471 МЗ РБ от 23.08.2008) по протоколу двойного слепого рандомизированного контролируемого проспективного исследования в параллельных группах пациентов с плацебо контролем [2].

**Результаты и обсуждение.** Была определена статистически достоверно ( $p < 0,01$ ) более высокая частота встречаемости облигатно-анаэробных микроорганизмов (78,4 $\pm$ 5,7%) по сравнению с факультативно-анаэробными микроорганизмами (52 $\pm$ 6,99%) периодонтальных карманов. При сравнении частоты выделения облигатно-анаэробных микроорганизмов до и после иммунотерапии было определено снижение доли данных микроорганизмов в составе поддесневого налета у пациентов обеих групп, однако у пациентов, получавших лейаргунал, снижение было статистиче-

ски значимым: с 84,6 $\pm$ 7,07% до 50 $\pm$ 9,8% ( $p = 0,01$ ). При сравнении содержания провоспалительного цитокина IL-1 $\beta$  в ротовой жидкости пациентов с ХП определили статистически значимое ( $p = 0,012$ ) снижение количества IL-1 $\beta$  у пациентов, получавших терапию лейаргуналом с 120,66 [97,37–127,3] пг/мл до 106,9 [58,57–121,73] пг/мл. Количество IL-1 $\beta$  в ротовой жидкости у пациентов, получавших плацебо, незначительно повышалось. Изменения в микробиоценозе периодонтальных карманов сопровождалась улучшением клинических индексов пациентов группы А: статистически достоверному ( $P < 0,01$ ) снижению индексов SBI и PI Russel через 3 и 6 месяцев, снижению гигиенического индекса PI Silness-Loe с 0,5 [0,39–0,61] до 0,48 [0,38–0,68] через 6 месяцев после окончания фармакотерапии лейаргуналом. У пациентов группы В также наблюдалась положительная динамика: снижение индексов SBI с 0,66 [0,33–0,83] до 0,5 [0,17–0,83], PI Russel с 1,78 [1,17–2,5] до 1,7 [1,11–2,42] через 6 месяцев после окончания фармакотерапии плацебо.

**Выводы.** 1. Пациенты с ХП, получавшие иммунотерапию лейаргуналом показали статистически значимое ( $p = 0,01$ ) снижение частоты встречаемости облигатно-анаэробных микроорганизмов в составе поддесневого налета, а также статистически значимое ( $p = 0,012$ ) снижение уровня провоспалительного цитокина IL-1 $\beta$  в ротовой жидкости.

2. Учитывая положительную клиническую динамику пациентов с ХП, модулирующее влияние лейаргунала на показатели местного иммунитета, рекомендуется его включение в состав комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта.

#### Литература:

1. Flemming, Th. F. Микробиологическая диагностика маргинального пародонтита / Th.F. Flemming, H. Karch // Квитэссенция. – 1998. – Спец. вып. «Пародонтология». – С. 11 – 15.
2. Программа и методика II фазы клинических испытаний эффективности лекарственного средства лейаргунал (лейцин/инозин/аргинин) производства РУП «Гродненский завод медицинских препаратов» в сравнении с плацебо. № 471 от 23 июля 2008. Гродно – 2008. – 38 с.

## СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПАРАФУНКЦИЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Долин В.И., Шотт И.Е.*

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

**Актуальность.** Парафункции жевательных мышц характеризуются повышенной активностью и напряжением жевательной мускулатуры, которые не связаны с процессом жевания [1]. Одной из разновидностей парафункций жевательных мышц является бруксизм – неосознанное сжатие и трение зубов верхней и нижней челюстей [2].

Показатели распространённости бруксизма значительно варьируют в пределах 4-88% населения по данным разных исследований. Наиболее часто в литературе встречаются данные о распространённости бруксизма в 6-20%. При этом дневной бруксизм встречается в 20% случаев, ночной бруксизм – в 8% случаев среди взрослого населения. Его распространённость уменьшается