

казано, що апоморфіновий тест не є адекватним показником для порівняння ефективності терапії на цих двох моделях експериментального паркінсонізму, оскільки неможна побачити чітку кореляцію результатів, що відображає патологічну картину

За літературними даними пацієнти з ХП вживають набагато менше води ніж здорові люди.

В наших дослідженнях ми проаналізували об'єм спожитої води щурами групи плацебо і з 6-OHDA геміпаркінсонізмом. Нами встановлено, що щури групи плацебо в середньому п'ють $55,8 \pm 76,1$ /доба, а щури з 6-OHDA-ХП п'ють на 30% менше — $19,1 \pm 74,2$ /доба. Ці дані підтверджують релевантність 6-OHDA-моделі клінічним спостереженням. Проте, у щурів з LPS викликаним паркінсонізмом група плацебо в середньому вживала $27,75 \pm 13,9$ мл/доба, а щури з ХП — $36,1 \pm 8,6$ мл/добу.

Для визначення моторної функції товстої кишки перед автопсією у щурів проводився забір фекалій. Після чого їх зважували і поміщали у термостат (60°C) на 24 год. У щурів з 6-OHDA- паркінсонізмом випарувалося на 30 % менше води порівняно з контролем, що свідчить про наявність закрепів. При LPS-паркінсонізмі навпаки випарувалося води на 60 % більше ніж у контрольній групі, що характерне для діареї.

Беручи до уваги наведені вище дані, можна сказати, що обидві моделі можна використовувати у дослідженні ХП але в залежності від мети: 6-OHDA модель краще підходить для дослідження моторних і ранніх немоторних симптомів, тоді як LPS-модель можна застосовувати при дослідженні механізмів запального генезу розвитку ХП.

Література

1. The single intranigral injection of LPS as a new model for studying the selective effects of inflammatory reactions on dopaminergic system / Herrera AJ, Castaño A, Venero JL, Cano J, Machado A. // *Neurobiology of Disease*, 2000, 7, 429–447

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ «СИМБІТЕР ФОРТЕ ОМЕГА» ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

*Микитенко А.О., Сухомлин А.А., Непорада К.С.
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

Концепція захворювань тканин пародонта полягає в тому, що це патологічний процес, провідні етіологічні фактори якого: бактеріальний патоген, порушення імунореактивності організму, дефекти нормальної мікрофлори порожнини рота.

Метою нашого дослідження було клінічне обґрунтування ефективності використання мультипробіотика «Симбітер форте омега» в лікуванні хворих на хронічний генералізований пародонтит I–II ступенів тяжкості.

Об'єктом клінічного дослідження були 56 пацієнтів, середній вік — 35-42 роки. Пацієнти були розподілені по групах: 1. Група практично здорових пацієнтів (20 осіб); 2. Група хворих із хронічним генералізованим пародонтитом I–II ступеня тяжкості у період ремісії. Дослідній (2 групі)

пацієнтів проводили професійну гігієну порожнини рота. Після чого призначали використовувати мультипробіотик «Симбітер форте омега» в денто-альвеолярних капах на нічний період доби під час сну протягом 20 діб.

З метою об'єктивної оцінки стану тканин пародонта пацієнтам усіх груп визначали гігієнічний індекс (ГІ) за Федоровим-Володкіною (1971), папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА) в модифікації Parma (1960), гінгівальний індекс (проба Шиллера-Писарева), пародонтальний індекс (ПІ) за Russel (1956), індекс кровоточивості ясен (Sulcus Bleeding Index — SBI) за H.R. Mühlemann, A.S. Maçor (1985), для визначення гною в пародонтальних кишнях застосовували пробу Кетчке, глибину пародонтальних карманів вимірювали за допомогою градуйованого зонду, визначали ступінь патологічної рухомості зубів.

Для біохімічного дослідження в пацієнтів збирали нестимульовану ротову рідину натщесерце, в якій визначали протеїназно-інгібіторний потенціал за активністю протеїназ (Уголев А.М., 1969) і загальної антитриптичної активності (Веремеєнко К.Н., 1988), активність орнітиндекарбоксілази (Храмов В.А., 1997). Для мікробіологічного дослідження проводили забір матеріалу з пародонтальної кишені стерильним піном № 30, далі поміщали його в герметичний контейнер із середовищем для зберігання анаеробної мікрофлори і доправляли до лабораторії.

Результати дослідження свідчать про значне покращення клінічних індексів для оцінки тканин пародонта у хворих з хронічним генералізованим пародонтитом після лікування мультипробіотиком «Симбітер форте омега» в денто-альвеолярних капах. Встановлено, що за умов розвитку хронічного генералізованого пародонтита відбувається дисбаланс протеїназно-інгібіторного потенціалу ротової рідини пацієнтів. Використання мультипробіотика сприяло вірогідному зменшенню загальної протеолітичної активності ротової рідини на тлі достовірного зростання антипротеолітичної активності у хворих після лікування в порівнянні із цими показниками до лікування.

У пацієнтів, які отримували курс лікування мультипробіотиком «Симбітер форте омега» під денто-альвеолярні індивідуальні капи на ніч, активність орнітиндекарбоксілази у ротовій рідині після лікування вірогідно зросла у порівнянні з активністю даного ферменту до лікування.

Результати мікробіологічного дослідження свідчать про достовірне зниження пародонтопатогенів після лікування мультипробіотиком «Симбітер форте омега» під денто-альвеолярні індивідуальні капи.

Таким чином, використання «Симбітер форте омега» під денто-альвеолярні індивідуальні капи на ніч є ефективним способом лікування пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом, про що свідчать нормалізація протеїназно-інгібіторного потенціалу, зростання активності орнітиндекарбоксілази в ротовій рідині дані клінічних та мікробіологічних досліджень.