

той оболочки носа и слезного мешка, а также при сшивании краев слизистых оболочек (слезного мешка и носа) мы не испытывали трудностей у всех больных, которым делали разрез костной ткани в виде трапеции. В послеоперационном периоде мы не отмечаем отека тканей, особенно если образованное костное окно имеет малые размеры, вследствие чего возможны сращения слизистых оболочек, образующих передние и задние стенки соустья. У больных, прооперированных по данной методике, такие осложнения не встречались.

У 10 больных, которым была выполнена резекция кости в виде прямоугольника, в 3 случаях на 2-й день отмечался отек мягких тканей в области послеоперационного рубца, который прошел самостоятельно на 4–5-й день. У всех пациентов отмечалось прекращение слезотечения при положительных диагностических пробах, исчезновение гнойного отделя-

емого. При промывании слезных путей жидкость свободно проходила в носовую полость. У 2 больных наступил рецидив заболевания к исходу первого месяца. Появилось слезостояние, слезотечение и гноетечение. Эти больные были прооперированы повторно. Во время операции было установлено, что причина возобновления слезотечения — пролиферативная ткань из периоста вследствие малого размера костного окна.

Выводы

1. Конический зубоорачебный бор наиболее оптимальный для выпиливания костного окна при наружной дакриоцисториностомии.

2. Предложенная модификация образования костного окна в виде трапеции позволяет, изменяя конфигурации резецированной кости и соблюдая оптимальные пропорции, увеличить площадь последней по сравнению с существующими отверстиями на 15–30 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боштян В. Е., Пахомова А. И. Восстановление слезоотведения при заращении слезоотводящих путей. — Кишинев, 1974. — С. 40-49.
2. Волков В. В., Султанов М. Ю. Наружная дакриоцисториностомия. — Л., 1975. — С. 68-72.
3. Каллахан А. Хирургия глазных болезней / Пер. с англ. — М., 1963. — С. 131-135.
4. Линник Л. Ф. К технике трапециации кости при дакриоцисториностомии // Офтальмол. журнал. — 1960. — № 3. — С. 176-179.
5. Ліщенко В. Б., Венгер Г. Ю. Ліщенко Б. М. Спосіб формування кісткового доступу при зовнішній дакриоцисториностомії // Деклараційний патент України від 29.07. 2002.
6. Малиновский Г. Ф., Моторный В. В. Практическое руководство по лечению заболеваний слезных органов. — Минск, 2000. — С. 141-142.
7. Черкунов Б. Ф. Болезни слезных органов. — Самара, 2001. — С. 222-224.
8. Черник И. Т. Набор глазных ручных костных фрез // Офтальмол. журнал. — 1971. — № 1. — С. 70-71.
9. Юсупбаев Б. С. Усовершенствование операции наружной дакриоцисториностомии // Вест. офтальмологии. — 1983. — № 1. — С. 59-60.

УДК 618.3-06:616-008.92/618.15-022.7

В. П. Міщенко, Т. З. Читанава, А. Р. Саркісов, І. В. Руденко,
В. Г. Марічереда, І. Ю. Фаткуліна

ОБГРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ВАГІТНИХ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПІХВИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Інфекційні захворювання піхви посідають одне з перших місць серед етіологічних факторів розвитку акушерської та перинатальної патології [8]. За даними літературних джерел світової науки, неухильне зростання інфекційних процесів у організмі матері пов'язане з такими соціальними факторами, як погіршення якості навколишнього середовища, урбанізація міст мешкання, необгрунтова-

не застосування лікарських речовин, серед яких першочергове місце посідають антибіотики та гормональні препарати [1; 3]. Як наслідок, розвиток дисбіотичних процесів супроводжується порушенням стану децидуальної тканини матки, мікробіоценозу статевих шляхів жінки, що реалізується захворюваннями піхви інфекційного генезу [2; 4]. Представники нормальної мікрофлори статевих шляхів за певних умов можуть бути збудниками деяких захво-

рювань бактеріальної етіології [9]. Пригнічення функції фізіологічної мікрофлори піхви призводить до розвитку бактеріального вагінозу, кандидозного кольпіту, неспецифічного вагініту [5; 6]. Інфекційні процеси піхви підвищують ризик невиношування вагітності, передчасних пологів, перинатальної патології, післяпологових ускладнень, що доповнює патогенетичний механізм розвитку гестаційних ускладнень уже в I триместрі гестації [7].



За даними методичних рекомендацій [8], застосування традиційних лікарських препаратів неможливе в ранні терміни вагітності через їх ембріо-, фетотоксичний ефект. Проте не своєчасна корекція патологічних процесів, пов'язаних з інфекціями, реалізується інфікуванням фетоплацентарного комплексу (ФПК), що свідчить про актуальність питання, що вивчається.

Мета нашого дослідження — розробка комплексного методу лікування вагітних з інфекційними захворюваннями піхви з раннього терміну вагітності.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 532 (100 %) вагітних. Контрольну групу (I) утворили 63 (11,8 %) жінки з необтяженим перебігом вагітності, пологів, післяпологового періоду. До основної групи (II) включили 469 (88,2 %) вагітних із верифікованим порушенням мікробіоценозу піхви.

Дослідження проводили за такими напрямками:

1) вивчення частоти інфекційних захворювань піхви у вагітних жінок;

2) аналіз даних анамнезу, в тому числі сімейного, професійного;

3) вивчення клінічного стану жінок контрольної й основної груп;

4) лабораторна оцінка показників крові: гемограма, коагулограма, печінкові проби, вміст загального білка та білкових фракцій, глюкози в крові матері; урограми, проби за Амбурже, Нечипоренком, Зимницьким, бактеріологічне, бактеріоскопічне дослідження сечі; бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень з піхви, цервікального каналу, уретри;

5) вивчення гормональної функції ФПК проводили шляхом визначення рівнів естріолу, прогестерону, плацентарного лактогену, хоріонічного гонадотропіну людини, кортизолу й

α -фетопротейну за допомогою наборів РІА та ІФА в сироватці крові;

6) аналіз вмісту мікро-, макроелементів у крові, сечі, піховому вмісті вагітних атомно-абсорбційним методом;

7) визначення частоти виявлення специфічних імуноглобулінів класів IgG, IgM до CMV, VHS за допомогою стандартних наборів, виготовлених фірмою «ДІАплюс»;

8) морфологічне дослідження плацент;

9) ультразвукова оцінка стану ФПК апаратом «Kranzbuller»;

10) кардіотокографічна (КТГ) оцінка стану плода апаратом «Кардіотокограф»;

11) оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар, Сільвермана;

12) аналіз результатів лікування;

13) статистична обробка матеріалу на персональному комп'ютері в електронних таблицях Microsoft Excel для Windows 98 з використанням прикладних програм. Цифрові дані обробляли методом санітарної статистики за А. М. Мерковим.

Результати дослідження та їх обговорення

Базуючись на уявленні про патогенетичний механізм розвитку дисбіозу піхви на фоні порушень обміну макро-, мікроелементів, кількісної та якісної оцінки бактеріологічного дослідження піхових виділень, у роботі визначено, що зниження в середньому відносно регіональної норми рівня цинку в крові на 22,5 % та збільшення його рівня у сечі та піховому вмісті на 82,9 і 42,1 % та більше, відповідно, слід розглядати як фактор ризику розвитку дисбіозу піхви. Комплексна характеристика мікробіоценозу піхви повинна включати анамнестичні дані, клінічну оцінку стану статевого органа, бактеріологічне, бактеріоскопічне дослідження піхового вмісту, цервікального каналу й уретри, визначення концентрації цинку в піховому вмісті.

Розроблені терапевтичні заходи являють собою комплексний підхід до проблеми, що базується на стабілізації функції печінки, кишечника, нирок і локальної терапії з терміну гестації, в якому було діагностовано інфекційний процес піхви. Запропонована схема терапії включала: природні продукти, збагачені пектинами, клітковиною, вітамінами та мінералами (буряк, морква, яблука, кабак); локальне (інтравагінальне) застосування лікарського препарату з обліпіхи — гіпораміну (сухий очищений екстракт із листків обліпіхи крушиноподібної (*Hippophae rhamnoides* L.) сімейства лохових (*Eleagnaceae*), що являє собою поліфенольний комплекс галоелоготанінів, біологічно активними компонентами якого є таніни. Разова доза гіпораміну — 50 мг у вигляді піхових супозиторіїв.

Гіпораміну притаманна бактерицидна, знеболювальна дія, він сприяє відновленню функції епітелію та фізіологічної флори, не має ембріо- і фетотоксичного ефекту. Для препарату характерний інгібуючий ефект по відношенню до грамположитивних і грамнегативних бактерій, мікобактерій, грибів роду *Candida*, противірусна активність проти різних штамів вірусів грипу А і В, аденовірусів, вірусу простого герпесу, цитомегаловірусу та ін. Механізм дії гіпораміну реалізується внутрішньоклітинно. В основі дії препарату лежить інгібуючий ефект на фермент нейрамінідазу. Крім цього, гіпорамін індукує інтерферон у клітинах крові та ріст деяких грамположитивних і грамнегативних мікроорганізмів (*Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Micobacterium tub.*, *Microsporium canis*, *Candida albicans*). Гіпорамін не справляє алергічного ефекту, не має ембріо-, фетотоксичних і тератогенних властивостей. Препарат призначається по 1 піховому супозиторію (50 мг) 2 рази на добу протягом 10 днів:



із профілактичною метою — 1 курс за тримістр. Повторні курси — за показаннями. Поєднання протівірусної, імуностимулюючої й антимікробної дії, відсутність алергізуючих і токсичних ефектів, можливість вживання вагітними даного препарату в ранні терміни дало можливість використовувати його у нашій роботі. Препарат є зареєстрованим в Україні з 1998 р. Традиційна терапія базувалася на даних Методичних рекомендацій МОЗ України і призначалася після 12-го тижня вагітності.

Результати лікування вагітних з інфекційними захворюваннями піхви залежали від терміну виявлення захворювання, кількості одержаних курсів і виду терапії.

Призначення трьох курсів рекомендованої терапії при бактеріальному вагінозі (БВ), кандидозному вагініті (КВ), неспецифічному вагініті (НВ) з I триместру дало вірогідно кращий результат, ніж традиційне лікування ($P < 0,05$) при загрозі передчасних пологів на 66,7; 56,0; 56,6 %; патології навколоплідних вод — на 58,3; 60,3; 52,2 %; захворюваннях шийки матки — на 37,5; 60,3; 43,5 %; гестаційному пієлонефриті — на 37,5; 50,0; 30,5 %. При гіпертрофії плаценти вірогідно кращі показники ($P < 0,05$) після трьох курсів рекомендованої терапії одержані при КВ і НВ (на 32,2 і 26,1 % відповідно), а при БВ різниця в показниках була невірогідною ($P > 0,05$) — на 20,8 %.

Рекомендована терапія при частковому відшаруванні плаценти була ефективною та вірогідною ($P < 0,05$) по відношенню до традиційного лікування лише при НВ — на 30,4 %, при БВ і КВ різниця була несуттєвою ($P > 0,05$) і становила відповідно 12,5 і 22,7 %.

Застосування рекомендованої терапії дозволило одержати кращі результати при напруженні гормональної реакції, але різниця в показниках була невірогідною ($P > 0,05$) при БВ, КВ,

НВ — на 12,5; 13,6; 21,7 % відповідно.

Три курси рекомендованої терапії при БВ, КВ, НВ дозволили суттєво ($P < 0,05$) покращити по відношенню до традиційної терапії такі показники, як знижений рівень білка (на 50,0; 55,7; 47,9 % відповідно), підвищений вміст лейкоцитів у п/з 10 і більше (на 41,7; 37,4; 60,9 %), зменшення частоти III–IV і IV ступеня чистоти піхви (на 50,0; 55,3; 56,6 %), збільшення частоти II–III ступеня чистоти піхви (на 50,0; 51,4; 39,2 %).

Аналіз результатів пологового і післяпологового періодів у вагітних із БВ, КВ, НВ свідчить, що запропонована терапія мала суттєво кращий результат порівняно з традиційним лікуванням ($P < 0,05$). Частота передчасного вилиття навколоплідних вод була меншою на 30,4; 36,3; 30,4 %; патологічної крововтрати в пологах — на 30,4; 31,8; 34,8 %. Показники пологового травматизму матері були вірогідно меншими ($P < 0,05$) після рекомендованої терапії на 31,8 і 39,1 % при КВ і НВ, ніж після традиційної. Водночас при БВ суттєвої різниці (21,7 %) у показниках не було ($P > 0,05$).

Ознаки лохіометрії й інфільтрації швів промежини після запропонованої терапії спостерігалися при БВ, КВ, НВ на 13,0; 18,2; 21,7 % і на 8,7; 9,1; 8,7 % рідше, ніж після загальноприйнятої, однак різниця була невірогідною ($P > 0,05$).

Зменшення частоти субінволюції матки, кровотеч у післяпологовому періоді, збільшення частоти II–III ступеня засіменіння лохій спостерігалися вірогідно частіше ($P < 0,05$) після запропонованої терапії при НВ, ніж після традиційної (на 26,1; 26,1; 30,4 % відповідно). При БВ і КВ різниця в показниках була несуттєвою ($P > 0,05$) — 17,4; 13,6; 8,7 % і 9,1; 17,4; 21,7 % відповідно.

Застосування рекомендованої терапії трьома курсами при БВ, КВ, НВ дозволило суттєво

зменшити ($P < 0,05$) частоту III–IV і IV ступенів засіменіння лохій порівняно з традиційною (на 30,4; 40,9; 43,5 % відповідно).

Результати лікування у вагітних, у яких симптоми захворювання піхви проявились у II триместрі, від двох курсів рекомендованої терапії були вірогідно кращі, ніж від традиційної терапії ($P < 0,05$) при загрозі передчасних пологів на 61,4; 55,2; 55,6; патології навколоплідних вод — на 48,8; 43,2; 50,9; захворюваннях шийки матки — на 36,5; 35,3; 43,3 %; гестаційному пієлонефриті — на 32,0; 46,1; 23,7 %; гіпертрофії плаценти — на 28,5; 27,2; 23,5 %.

Різниця в показниках від рекомендованої терапії при частковому відшаруванні плаценти та при напруженні гормональної функції по відношенню до традиційного лікування була несуттєвою ($P > 0,05$) і становила відповідно 12,0; 3,8; 3,8% та 12,0; 7,8; 15,8 % відповідно при БВ, КВ, НВ.

Два курси рекомендованої терапії при БВ, КВ, НВ дозволили суттєво ($P < 0,05$) по відношенню до традиційної терапії одержати кращі результати при знижених рівнях білка (на 48,9; 47,0; 43,3 % відповідно), підвищеному вмісті лейкоцитів у сечі — 10 і більше в п/з (на 36,8; 31,6; 47,3 %), у зменшенні частоти III–IV і IV ступенів чистоти піхви (на 45,8; 45,8; 55,6 %) і в збільшенні частоти II–III ступеня чистоти піхви (на 30,2; 28,5; 25,3 %).

Лікування, що було розпочате у II і продовжене у III триместрах при БВ, КВ, НВ, дало суттєво кращий результат порівняно з традиційним лікуванням ($P < 0,05$) по відношенню до частоти передчасного вилиття навколоплідних вод (на 24,3; 35,0; 23,7 %), патологічної крововтрати в пологах (на 24,0; 3,2; 7,2 %). Показники пологового травматизму матері вірогідно були меншими ($P < 0,05$) після рекомендованої терапії на 23,1 і 30,8 % при КВ і НВ, ніж після традиційної, тимчасом як при



БВ суттєвої різниці (16,0 %) у показниках не було ($P>0,05$).

Ознаки лохіометри (на 8,0; 11,5; 15,4 %), субінволюції матки (на 12,0; 7,7; 15,4 %), інфільтрації швів промежини (на 8,0; 7,7; 7,8 %), кровотеч у післяпологовому періоді (на 8,0; 4,1; 19,4 %) після запропонованої терапії спостерігалися при БВ, КВ, НВ рідше, ніж після загальноприйнятої, однак різниця була невірогідною ($P>0,05$).

Наслідком запропонованої терапії є збільшення частоти II–III ступеня засіменіння лохій порівняно з традиційною при БВ, КВ, НВ на 11,5; 14,8; 18,5 % відповідно, але різниця в показниках була несуттєвою ($P>0,05$) та суттєве зменшення ($P<0,05$) частоти III–IV і IV ступенів (на 24,0; 34,6; 31,2 % відповідно).

Комплексне лікування БВ, КВ, НВ, діагностованих у III триместрі, із застосуванням рекомендованої терапії дало вірогідно кращий результат, ніж традиційне лікування ($P<0,05$) при загрозі передчасних пологів на 36,0; 35,3; 37,1 %; патології навколоплідних вод — на 4,0; 43,1; 44,5 %; захворюваннях шийки матки — на 32,0; 31,5; 37,1 %; гестаційному пієлонефриті — на 28,0; 43,0; 22,3 %.

При гіпертрофії плаценти вірогідно кращі показники ($P<0,05$) від одного курсу рекомендованої терапії одержані при БВ (на 28,0 %), а при КВ і НВ різниця в показниках була невірогідною ($P>0,05$) — на 19,7; 22,2 %.

Рекомендована терапія при частковому відшаруванні плаценти та напруженні гормональної функції була ефективною, але по відношенню до традиційного лікування різниця була несуттєвою ($P>0,05$) і становила відповідно при БВ 12,0; 12,0 %; при КВ — 3,8; 4,9 %; при НВ — 3,7; 14,8 %.

Один курс рекомендованої терапії при БВ, КВ, НВ дозволив суттєво ($P<0,05$) покращити по відношенню до традиційної терапії такі показники, як

знижений рівень білка (на 44,0; 43,3; 40,7 % відповідно), підвищений вміст лейкоцитів у п/з 10 і більше (на 24,0; 27,9; 29,7 %), зменшення частоти III–IV і IV ступеня чистоти піхви (на 40,0; 40,7; 25,9 %).

Від одного курсу рекомендованої терапії частота II–III ступеня чистоти піхви суттєво ($P<0,05$) покращилася порівняно з традиційним лікуванням при БВ (на 24,0 %), при КВ і НВ ця різниця була невірогідною ($P>0,05$) (на 12,1; 22,2 %).

Частота передчасного вилиття навколоплідних вод при рекомендованій терапії була вірогідно меншою ($P<0,05$) на 24,0; 31,4 % при БВ і КВ та на 16,4 % при НВ ($P>0,05$); патологічної крововтрати в пологах — на 20,0; 17,8 % ($P>0,05$) при БВ і КВ та на 23,4 % — при НВ ($P<0,05$). Показники пологового травматизму матері вірогідно були меншими ($P<0,05$) після рекомендованої терапії на 23,1 і 27,1 % при КВ і НВ, ніж після традиційної. В той же час при БВ суттєвої різниці (12,0 %) у показниках не було ($P>0,05$).

Ознаки лохіометри (на 4,0; 7,7; 15,5 %), субінволюції матки (на 8,0; 7,7; 15,3 %), інфільтрації швів промежини (на 8,0; 7,7; 3,1 %), кровотеч у післяпологовому періоді (на 8,0; 4,1; 19,1 %) після рекомендованої терапії були кращими при БВ, КВ, НВ, ніж після загальноприйнятої, однак різниця була невірогідною ($P>0,05$).

Застосування рекомендованої терапії одним курсом у III триместрі дозволило суттєво зменшити ($P<0,05$) частоту III–IV і IV ступеня засіменіння лохій порівняно з традиційною при НВ (на 27,5 %), а при БВ і КВ різниця в показниках була невірогідною ($P>0,05$) — на 16,0 і 19,4 % відповідно.

Від запропонованої терапії одержано збільшення частоти II–III ступеня засіменіння лохій порівняно з традиційною при БВ, КВ, НВ на 8,0; 11,7; 15,7 % відповідно, але різниця в показниках була несуттєвою ($P>0,05$).

Чутливість до рекомендованої терапії порівняно з традиційною була вищою при БВ на 26,2 %; при КВ — на 27,8 %; при НВ — на 29,5 %.

У вагітних, які одержували рекомендовану терапію, кількість гестаційних ускладнень була меншою, ніж у вагітних, які лікувалися традиційно, і залежала від кількості одержаних курсів і нозологічної форми захворювання піхви. Після трьох курсів рекомендованої терапії порівняно з традиційним лікуванням результати покращилися для БВ — на 30,8 %; для КВ — на 35,4 %; для НВ — на 36,3 %, що в середньому становило 34,2 %. Після двох курсів рекомендованої терапії результати покращилися для БВ — на 26,4 %; для КВ — на 26,2 %; для НВ — на 28,9 %, що в середньому становило 27,2 %. Після одного курсу рекомендованої терапії результати покращилися для БВ — на 21,4 %; для КВ — на 21,8 %; для НВ — на 23,2 %, що в середньому становило 21,3 %. Зменшення кількості гестаційних ускладнень підтверджує ефективність розробленого комплексу та доцільність його застосування з першого триместру вагітності.

Висновки

1. Комплексна характеристика мікробіоценозу піхви повинна включати анамнестичні дані, клінічну оцінку стану органа, бактеріологічне, бактеріоскопічне дослідження піхового вмісту, цервікального каналу й уретри, визначення концентрації цинку у піховому вмісті.

2. Зниження в середньому відносно регіональної норми рівня цинку в крові на 22,5 % і збільшення його рівня у сечі та піховому вмісті на 82,9 і 42,1 % і більше, відповідно, слід розглядати як фактор ризику розвитку дисбіозу піхви.

3. Своєчасний комплексний підхід до корекції дисбіотичних процесів піхви на фоні дисмікроелементозів базується на стабілізації функції печінки, кишеч-



нику, нирок та локальній терапії з терміну гестації, в якому було діагностовано інфекційний процес піхви, що дозволяє зменшити кількість гестаційних ускладнень. Ефективність терапії залежить від кількості проведених курсів лікування: від трьох курсів — на 36,3 %, від двох — на 27,2 %, від одного курсу — на 21,3 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вагинальний кандидоз / В. Н. Прилепская, А. С. Анкирская, Г. Р. Байрамова, В. В. Муравьева. — М., 1997. — 40 с.

2. Запорожан В. Н., Гоженко А. И., Мищенко В. П. Состояние проблемы гестационных микроэлементозов // Вісн. асоц. акушерів-гінекологів України. — 2001. — № 1 (11). — С. 6-11.

3. Мищенко В. П. Вплив токсичних металів на перебіг пологів у жінок, інфікованих інфекціями групи TORCH // Матеріали X з'їзду акушерів-гінекологів України. — Одеса, 1996. — С. 16.

4. Мищенко В. П. Проблема микроэлементозов в акушерстве и перинатологии // Междунар. мед. журнал. — 2001. — № 2. — С. 38-41.

5. Мищенко В. П., Нікогосян Л. Р. Клінічне значення вмісту в крові вагітних макро-, мікроелементів при бага-

товодді // Вісн. наук. досліджень. — 2003. — № 1. — С. 65-68.

6. Мищенко В. П., Тимофєєва С. В. Пієлонефрит вагітних при вмісті в крові токсичних металів у допустимих концентраціях і вище // ПАГ. — 2000. — № 4. — С. 84-86.

7. Мищенко В. П. Плацентарна недостатність в умовах сучасної екологічної ситуації (діагностика, профілактика та лікування): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. (14.01.01) / Одес. держ. мед. ун-т. — Одеса, 1998. — 32 с.

8. Чайка В. К. Инфектология. — Донецк, 1998. — 177 с.

9. Шендеров Б. А. Микробная экология и функциональное питание. — М.: Изд-во ГРАНТЬ, 1998. — Т. 2. — 416 с.

УДК 616.316-003.96:316.314:615.477.2

Ю. Г. Романова, О. О. Килименчук

ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ СЛИННИХ ЗАЛОЗ НА АДАПТАЦІЮ ДО ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Одеський державний медичний університет

Із знімним зубним протезуванням нерозривно пов'язане таке поняття, як адаптація, або звикання, яке може відбуватися тривалий час і викликати стійке негативне ставлення до протеза [1; 2]. Тому важливим моментом є усунення факторів, які подовжують період звикання. Встановлено, що терміни адаптації до знімних зубних протезів залежать від багатьох причин: виду патології зубоцелюпної системи [3], наявності запальних процесів у порожнині рота [4], які можуть бути зумовлені невропатологічним синдромом [5], поганими умовами протезного ложа [6] тощо.

Мета нашого дослідження — вивчення впливу рівня салівації на адаптацію до різних видів знімних зубних протезів.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведені з залученням осіб із частковою або повною адентією (118 пацієн-

тів), яким вперше проведено ортопедичне лікування знімними зубними протезами: частковими і повними пластинковими та бюгельними протезами.

У хворих вивчали функціональну активність слинних залоз, яку характеризували швидкістю виділення слини за одиницю часу [7].

За рівнем салівації, який визначали до протезування, пацієнти були розділені на 3 групи: 1-ша — з нормальним рівнем (від 0,5 до 1,0 мл/хв); 2-га — з підвищеним рівнем (понад 1,0 мл/хв); 3-тя — зі зниженим рівнем (менше 0,5 мл/хв).

Після протезування за пацієнтами спостерігали з урахуванням двох основних факторів: кількості відвідувань лікаря, пов'язаних із корекцією протеза, і часу повної адаптації. Обов'язковою була перша корекція, необхідність подальших корекцій визначалася скаргами пацієнтів, або їх призначав лікар за результатами першої корекції.

Еквівалентом 100%-ї адаптації була відсутність скарг у пацієнтів на печіння і хворобливі відчуття в порожнині рота у спокої та при прийомі їжі, під час розмови, а також відсутність змін слизової оболонки порожнини рота.

Статистична обробка даних проведена методом варіаційної статистики з використанням програмно-математичного комплексу Excel для Windows XP та статистичного аналізу за критерієм Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження наведено в таблиці. Із 118 пацієнтів, що брали участь в експерименті, більше всього було з нормальним рівнем салівації — 48 (40, 7 %) осіб; з підвищеною салівацією — 32 (27,1 %); зі зниженим рівнем слиновиділення — 38 (32,2 %) осіб.

Звикання до часткового знімного протеза в осіб із нормаль-

